

# La situation économique et financière des hôpitaux publics se stabilise en 2010

Engin YILMAZ (DREES)

En 2010, la situation des hôpitaux publics se stabilise, avec un déficit d'environ 230 millions d'euros représentant environ 0,4% des produits. Cette stabilisation fait suite à une phase de réduction de ce déficit qui était à son maximum en 2007 (près de 500 millions d'euros). Toutefois, cette stabilité cache des disparités suivant les différentes catégories d'établissements. En 2010, la situation des centres hospitaliers régionaux (hors AP-HP) s'est améliorée alors que les centres hospitaliers, notamment ceux de taille moyenne, ont enregistré une dégradation de leur résultat comptable.

L'effort d'investissement continue d'être soutenu. L'année 2010 marque néanmoins un ralentissement de cet effort d'investissement. La part des dépenses d'investissement au sein des produits est passée de 11,3% à 10,5% entre 2009 et 2010. Les capacités des établissements à financer les investissements à partir des flux d'exploitation se maintiennent en 2010 à près de 4 milliards d'euros. Cette stabilisation fait suite à une progression de la capacité d'auto-financement de près d'un milliard entre 2006 et 2009. Elle ne permet toutefois pas de faire face aux investissements qui sont engagés. En conséquence, les investissements sont aussi financés via l'endettement, et parallèlement à la croissance de l'investissement, le taux d'endettement mesurant la part des dettes au sein des ressources stables est passé de 36,4% en 2006 à 47,4% en 2010. L'encours de la dette s'établit donc en 2010 à 24,1 milliards d'euros.

## Le déficit des hôpitaux publics se stabilise en 2010

D'après les données comptables définitives (encadré 1), le déficit des hôpitaux publics se stabilise en 2010 après deux années de réduction. Le déficit est de 227 millions d'euros, ce qui représente 0,4 % de leurs recettes (tableau 1). Ce déficit était de 486 millions d'euros en 2007, de 345 millions en 2008 et de 223 millions en 2009.

Toutefois, le compte de résultat du budget principal se dégrade en 2010 contrairement aux deux années précédentes. Il s'établit à -475 millions d'euros contre -454 millions en 2009, -550 millions d'euros en 2008

et -689 millions d'euros en 2007. Ce budget principal retrace les opérations relevant des activités de court et moyen séjour (soins de suite et réadaptation) et de psychiatrie, et représente 88 % du budget total des établissements. Les opérations annexes<sup>1</sup>, quant à elles, enregistrent une amélioration modérée du résultat net comptable pour atteindre 249 millions d'euros.

Malgré la stagnation du déficit des hôpitaux publics, le nombre d'hôpitaux déficitaires augmente, passant de 291 à 314 entre 2009 et 2010 (graphique 1) ; ils enregistrent un déficit cumulé de 597 millions d'euros en 2010. Quant aux établissements excédentaires, soit un peu moins de sept hôpitaux sur dix, leur résultat net comptable positif s'élève à 370 millions d'euros.

TABLEAU 1 ● Rentabilité économique<sup>2</sup> des hôpitaux publics

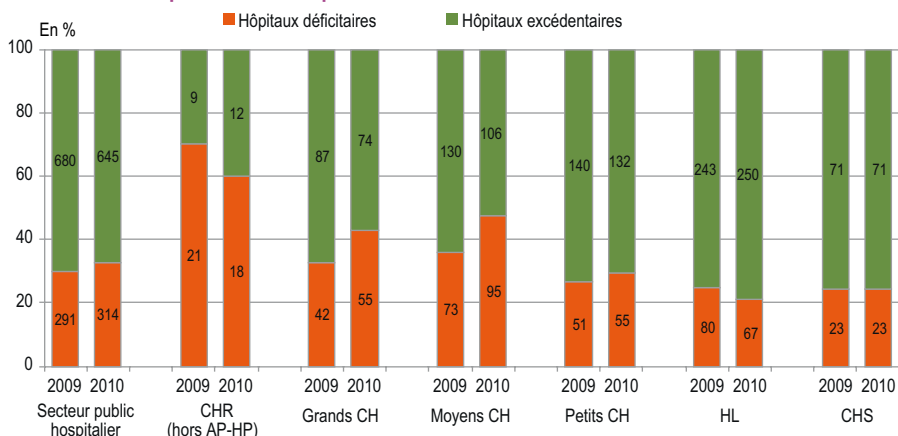
	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
<b>Ensemble hôpitaux publics</b>	<b>0,9</b>	<b>0,5</b>	<b>1,0</b>	<b>0,3</b>	<b>-0,4 *</b>	<b>-0,9</b>	<b>-0,6</b>	<b>-0,4</b>	<b>-0,4</b>
AP-HP	0,8	-0,3	1,6	-1,1	2,7 *	-0,2	0,2	-1,3	-1,7
Autres CHR	0,5	-0,1	0,4	-0,2	-1,1	-2,2	-2,4	-1,7	-0,9
Grands CH **	0,4	0,2	0,4	0,6	-1,3	-1,4	-0,5	-0,1	-0,2
Moyens CH **	0,7	0,6	0,8	0,6	-0,9	-0,7	-0,3	0,0	-0,7
Petits CH **	2,2	1,6	2,0	1,1	0,8	0,9	1,0	1,2	0,9
HL	2,0	1,6	2,5	2,0	2,1	2,3	2,2	2,5	2,3
CHS	3,2	3,1	2,3	1,2	0,4	0,7	0,7	0,6	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 %.

\*\* Voir encadré 2.

Sources • DGFIP, SAE, calculs DREES.

GRAPHIQUE 1 ● Répartition des hôpitaux déficitaires et excédentaires en 2009-2010



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), les instituts de formation des personnels paramédicaux (IFPP), 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.

2. 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).

## 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 juridiques<sup>1</sup> des hôpitaux publics (hors hôpitaux militaires<sup>2</sup>), 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 par le 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 générale de l'offre de soins (DGOS) 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 santé<sup>3</sup>. 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.

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

2. Les hôpitaux militaires font partie du secteur de l'État, alors que les autres établissements publics de santé sont classés dans le secteur des administrations de Sécurité sociale.

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.

## Les centres hospitaliers régionaux (CHR) concentrent la moitié du déficit, mais leur situation s'améliore (hors AP-HP)

Sur les 314 établissements déficitaires, les 19 CHR déficitaires (y compris l'AP-HP) concentrent à eux seuls un peu moins de la moitié du déficit. Néanmoins, leur situation s'améliore : en 2009, ils étaient 22 établissements déficitaires et ils concentraient 60 % du déficit. Ainsi, la rentabilité économique des CHR progresse en 2010 : leur déficit global passe de 266 millions d'euros en 2009 à 147 millions d'euros en 2010, soit 0,9 % de leurs produits contre 1,7 % en 2009.

## La situation économique des CH se dégrade en 2010

Contrairement à 2009, l'évolution de la situation économique des établissements de santé en 2010 n'a pas été identique selon les différents types de catégories d'établissements.

Pour les centres hospitaliers (CH), et notamment de moyenne taille, leurs comptes financiers se détériorent contrairement aux dernières années. Pour les grands CH, la rentabilité économique diminue modérément, passant de -0,1 % à -0,2 %. La détérioration est plus sensible pour les CH de taille moyenne pour lesquels la rentabilité chute passant d'une situation proche de l'équilibre à un déficit représentant 0,7 % de leurs produits. Leur déficit s'établit à 65 millions

d'euros contre 1 million en 2009. Cette baisse est largement imputable au budget principal. Pour les CH de petite taille, le résultat net comptable reste globalement excédentaire et représente 0,9 % des produits contre 1,2 % en 2009, soit 32 millions d'euros en 2010.

Toutes les autres catégories d'établissements restent excédentaires en 2010. La rentabilité économique des hôpitaux locaux (HL) et des centres hospitaliers spécialisés (CHS – secteur psychiatrique) est restée globalement stable respectivement autour de 2,5 % et de 0,6 %.

## La croissance des produits reste soutenue

En 2010, les produits totaux<sup>3</sup> hors rétrocession des hôpitaux publics ont augmenté de 3,8 % pour atteindre près de 67 milliards d'euros, dont 58,6 milliards sont imputables au budget principal (encadré 2).

Cette augmentation s'explique en partie par celle des produits versés par l'assurance maladie (encadré 3) pour le compte du budget principal (titre 1) qui en constituent l'essentiel (81 %) mais aussi par celle des autres produits de l'activité hospitalière (titre 2) (tableau 2). En effet, bien que moins dynamique, la croissance des produits versés par l'assurance maladie au budget principal reste soutenue : +2,8 % en 2010 contre +3,3 % en 2009 et +4,1 % en 2008 (graphique 2). Ils s'élèvent à 48,3 milliards d'euros en 2010.

TABLEAU 2 ● Évolution des produits et des charges des budgets global et principal entre 2009 et 2010

	Budget global		Budget principal	
	2010 En Md€	2009/10 En %	2010 En Md€	2009/10 En %
<b>Produits</b>	67,0	3,8	58,6	3,2
Titre 1 : produits versés par l'Assurance maladie	52,3	2,3	48,3	2,8
Titre 2 : produits à la charge des patients, organismes complémentaires, État	5,7	5,7	4,8	5,3
Titre 3 : autres produits	8,9	12,1	5,5	5,8
<b>Charges</b>	67,2	3,8	59,1	3,2
Titre 1 : charges de personnel	45,3	3,5	40,0	2,9
Autres charges	21,9	4,4	19,1	4,3
dont titre 2 : charges à caractère médical	-	-	8,4	5,4
dont titre 3 : charges à caractère hôtelier et général	-	-	5,4	4,5
dont titre 4 : charges d'amortissement, de provisions, financières et exceptionnelles	-	-	5,2	2,5

Sources • DGFIP, SAE, calculs DREES.

3. 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.

## 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 (hors hôpitaux militaires). 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), les instituts de formation des personnels paramédicaux (IFPP), la dotation non affectée<sup>1</sup> (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 (produits à la charge des patients, des organismes complémentaires et des patients non-assurés sociaux en France);
- 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 intragroupes<sup>2</sup>. Les produits hors rétrocession (HR) ont ainsi été retenus pour la suite de l'analyse, ce qui revient à soustraire le compte 7 071 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) 2010 afin de ne conserver que des établissements de santé. Le nombre d'hôpitaux publics s'élève à 959 en 2010 contre 971 en 2009.

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)<sup>3</sup>.

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

2. La rétrocession des médicaments recouvre la délivrance, par une pharmacie hospitalière, de médicaments à des patients qui ne sont pas hospitalisés. En 2010, le compte 7071 (rétrocession de médicaments) représente 2,9% 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 1,9%. Cette part de la rétrocession pour l'AP-HP explique une partie de la surestimation des produits de l'AP-HP.

3. 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)<sup>1</sup>. 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'est élevée 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 % depuis cette date 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 converge vers 1 en 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.

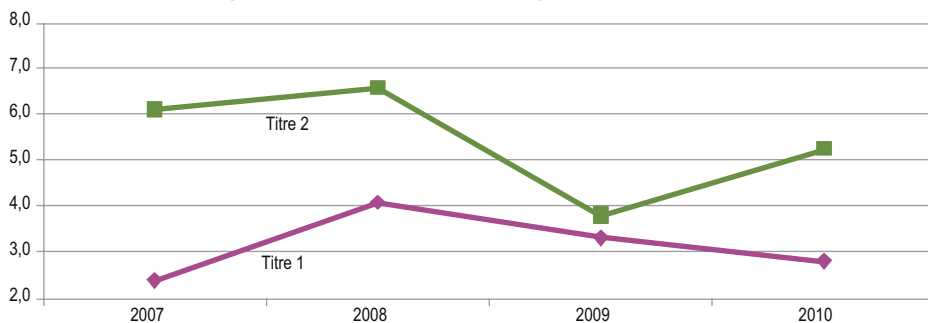
Les autres activités (psychiatrie et soins de suite et de réadaptation) restent financées pour le moment sous forme de dotation annuelle.

La mise en place progressive de la T2A s'est poursuivie en 2009 avec l'introduction de la nouvelle classification des séjours hospitaliers<sup>2</sup> (V11). 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<sup>e</sup> version de la classification en quatre niveaux de sévérité.

1. [http://www.sante.gouv.fr/htm/dossiers/migac/rapport\\_2008.pdf](http://www.sante.gouv.fr/htm/dossiers/migac/rapport_2008.pdf)

2. « Manuel des groupes homogènes de malades, 11<sup>e</sup> version de la classification », ATIH, fascicule spécial n° 2010/4bis.

GRAPHIQUE 2 ■ Taux d'augmentation des produits du budget principal entre 2006 et 2010 (en %)



Titre 1 : produits versés par l'assurance maladie

Titre 2 : produits à la charge des patients, organismes complémentaires, État.

Sources • DGFI, SAE, calculs DREES.

## Les financements versés par l'Assurance maladie tirés par ceux liés à l'activité

Les produits versés par l'assurance maladie pour le compte du budget principal se décomposent en financements reçus au titre de l'activité<sup>4</sup> (63,3 %), dotation annuelle de financement (22,2 %) et MIGAC (14,5 %).

En 2010, les financements liés à l'activité, qui représentent 30,6 milliards d'euros, ont progressé à un

rythme plus élevé : +3,2 % contre +1,5 % en 2009. En 2009, une partie des financements liés à l'activité avaient 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 expliquait 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).

4. 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.

Corrélativement, les financements des missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation (MIGAC) versés par l'assurance maladie, qui s'élèvent à 7 milliards d'euros pour les établissements publics, progressent de 2,4 % contre 14,5 % en 2009. Cette faible croissance des MIGAC s'explique pour une partie par des mises en réserves sur les crédits AC prises afin de garantir le respect de l'Objectif national des dépenses de l'assurance maladie (ONDAM)<sup>5</sup>. Enfin, la dotation annuelle de financement relative au budget principal, qui finance les activités de moyen séjour (soins de suite et réadaptation) et de psychiatrie a augmenté de 2,1 % en 2010 (*versus* 1,9 % en 2009) et s'élève 10,7 milliards d'euros.

### Les produits des ménages et des organismes complémentaires ont augmenté de +5,3 %

La progression des autres produits de l'activité hospitalière (titre 2) se poursuit à un rythme plus soutenu, soit +5,3 % en 2010 pour le budget principal contre +3,8 % en 2009 (graphique 2). 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 4,8 milliards d'euros pour le compte du budget principal (tableau 2). Ce titre comprend aussi les montants versés au titre des conventions internationales. L'évolution de ces produits est plus importante que la croissance des produits du titre 1. En 2010, cette augmentation fait suite à 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<sup>er</sup> janvier 2010. La part de ces montants au sein du budget principal progresse régulièrement chaque année : ils représentent 8 % du budget principal en 2010 contre 7,9 % en 2009, 7,8 % en 2008, 7,7 % en 2007 et 7,4 % en 2006.

Les autres produits (titre III) du budget principal représentent 5,5 milliards d'euros en 2010, en augmentation de près de 6 % en 2010. 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.

### Évolution comparable des charges et des produits en 2010

Les charges du secteur hospitalier sont estimées à 67,2 milliards d'euros en 2010, dont 88 % au titre du budget principal. L'évolution des charges est identique à celle des produits, soit +3,8 %.

Les charges de personnel, qui représentent le premier poste de dépenses, progressent de +3,5 % en 2010 contre +1,1 % en 2009 ; elles s'établissent à 45,3 milliards d'euros, soit 67,4 % du total des charges. En 2009, la hausse modérée observée était liée pour partie aux remboursements exceptionnels réalisés en 2008 d'une partie des jours épargnés sur les comptes épargnes-temps (CET) ; opération de remboursement non renouvelée en 2009. En 2008, les hôpitaux avaient en effet été autorisés à indemniser la moitié des jours épargnés sur les CET et la totalité des heures supplémentaires restant dues<sup>6</sup>.

Pour le seul budget principal, ces charges de personnel s'élèvent à 40 milliards d'euros (titre 1) et ont augmenté de +2,9 % en 2010 (tableau 2). Comme les deux années précédentes, ces charges ont donc augmenté moins vite que les produits de l'activité médicale en 2010, soit +3 %<sup>7</sup>. Cette évolution concomitante traduit un effort de contrôle de la masse salariale qui permet de stabiliser le déficit en 2010. L'évolution de ce poste de dépenses sur le budget principal varie suivant les catégories d'établissements. Cet effort est plus marqué pour les centres hospitaliers régionaux : le rythme de progression est resté, en 2010, inférieur à la moyenne (+2,3 %). En revanche, pour les CH, et notamment ceux de taille moyenne, la masse salariale a augmenté de +3,3 %.

En 2010, les charges à caractère médical (titre 2 du budget principal) progressent de +5,4 % contre +4,4 % en 2009. Globalement, ces dépenses progressent plus vite que les produits de l'activité médicale. Elles atteignent 8,4 milliards d'euros pour le seul budget principal et représentent 13,7 % du budget principal. Leur part est plus élevée pour les CHR (18 %), alors qu'elle est inférieure à 10 % pour les petits CH, les HL et les CHS.

5. Rapport 2011 au Parlement sur les missions d'intérêts général et l'aide à la contractualisation, [http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport\\_MIGAC\\_au\\_Parlement\\_2011\\_3-0\\_090911.pdf](http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport_MIGAC_au_Parlement_2011_3-0_090911.pdf)

6. 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.

7. Les produits de l'activité médicale, comprenant les recettes des titres 1 et 2 du budget principal, ont augmenté de 2,7 % en 2007, de 4,4 % en 2008 et de 3,4 % en 2009 et de 3 % en 2010.

Les charges à caractère hôtelier et général (titre 3 du budget principal) progressent de 4,5 % en 2010 contre 3,9 % en 2009. Comme les charges du titre 2, ces dernières dépenses, se rapportant aussi à l'activité hospitalière, progressent plus rapidement que les produits de l'activité médicale. Quant aux charges d'amortissements et frais financier (titre 4 du budget principal), elles augmentent de 2,5 % en 2010 contre 5 % en 2009.

### 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'exploitation<sup>8</sup> continue de progresser en 2010, mais à un rythme modéré. Ce résultat enregistre un excédent de 960 millions d'euros (graphique 3). Toutefois, cette progression du résultat d'exploitation est en partie absorbée par le résultat financier<sup>9</sup> qui continue de se dégrader en 2010 en raison du paiement des intérêts des emprunts pour financer les investissements : son déficit s'élève à 750 millions d'euros en 2010, soit 81 millions de plus qu'en 2009. Le résultat exceptionnel<sup>10</sup> s'est stabilisé en 2010 et enregistre un déficit de 434 millions d'euros en 2010.

### Les capacités d'autofinancement se stabilisent

Au total, la capacité d'autofinancement (CAF)<sup>11</sup>, mesurant les ressources dégagées par l'activité courante de l'établissement, se stabilise à près de 4 milliards d'euros en 2010. Cette stabilisation fait suite à une progression de la CAF de près d'un milliard entre 2006 et 2009. Ainsi, en 2010, le taux d'autofinancement, mesurant le poids de la CAF au sein de ses produits baisse, passant de 6,7 % en 2009 à 6,3 % en 2010 (tableau 3).

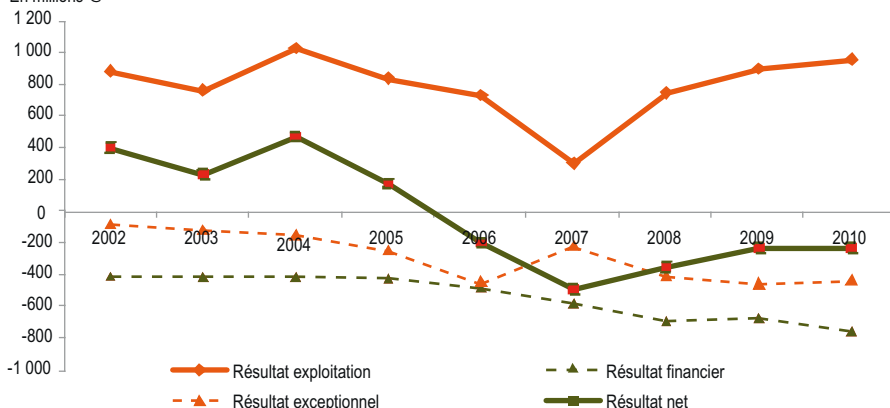
### Des investissements importants financés de plus en plus par l'endettement

Dans un contexte de plans nationaux d'aide à l'investissement<sup>12</sup>, l'effort d'investissement continue d'être soutenu.

Toutefois, l'année 2010 marque un ralentissement de cet effort d'investissement. La part des dépenses d'investissements rapportées aux recettes produites par l'activité hospitalière est passée de 11,3 % à 10,5 % entre 2009 et 2010 (graphique 4). Ces dépenses représentent les opérations d'investissements réalisées dans l'année (acquisitions, créations et apports d'im-

GRAPHIQUE 3 ● Compte de résultat

En millions €



Sources • DGFIP, SAE, calculs DREES.

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

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

10. 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.

11. 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.

12. Sources : ANAP Préfiguration – Synthèse du bilan Hôpital 2007 (août 2009) ; [www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Dossier\\_de\\_presse\\_100210-Hopital2012.pdf](http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Dossier_de_presse_100210-Hopital2012.pdf)



mobilisations<sup>13</sup>). Le montant de ces dépenses marque en fait un ralentissement dans le rythme de renouvellement global des immobilisations en 2010 : celui-ci s'établit en moyenne à treize années en 2010, contre douze en 2009 (tableau 3).

## L'endettement continue de progresser

Parallèlement à la croissance des investissements, l'endettement des hôpitaux publics continue de croître à un rythme régulier pour atteindre en 2010 près de la moitié des ressources stables (soit 24,1 milliards d'euros), dans un contexte où les enveloppes nationales dédiées à l'investissement sont placées sous forte contrainte. Le taux d'endettement mesurant la part des dettes au sein des ressources stables est ainsi passé de 46 % en 2009 à 47,5 % en 2010 (graphique 5).

Même si la capacité d'autofinancement des établissements publics de santé a progressé depuis 2006, elle ne suffit pas pour faire face aux investissements massifs qui sont engagés. 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. Le ratio d'endettement des hôpitaux publics, qui mesure le nombre d'années d'autofinancement nécessaire au remboursement total de la dette, s'est élevé en 2010 en raison notamment de la stabilité de la CAF : ce ratio s'établit à 6,2 années en 2010 contre 5,4 années pour l'année 2009 (tableau 3).

TABLEAU 3 ● Indicateurs d'investissements des hôpitaux publics entre 2002 et 2010

	Capacité d'autofinancement (en % des produits)	Taux de renouvellement des immobilisations (en %)	Capacité de remboursement (en années de CAF)
2002	5,9	6,5	3,5
2003	5,9	7,1	3,5
2004	7,2	8,0	3,1
2005	6,0	8,0	3,9
2006	5,4	8,3	4,6
2007	5,1	8,0	5,6
2008	5,8	8,4	5,6
2009	6,7	8,4	5,4
2010	6,3	7,7	6,2

### Note de lecture •

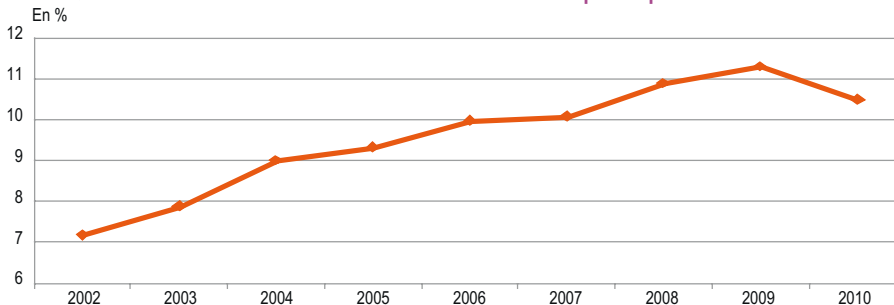
- Le ratio « taux de renouvellement des immobilisations » calcule la part des dépenses d'investissements réalisées au cours de l'année sur l'ensemble des actifs immobilisés. En d'autres termes, un ratio égal à 8 % en 2007 signifie qu'il faut 12,5 années (100/8) pour renouveler le patrimoine des hôpitaux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

Sources • DGFIP, SAE, calculs DREES.

GRAPHIQUE 4 ● Évolution de l'effort d'investissement \* des hôpitaux publics entre 2002 et 2010

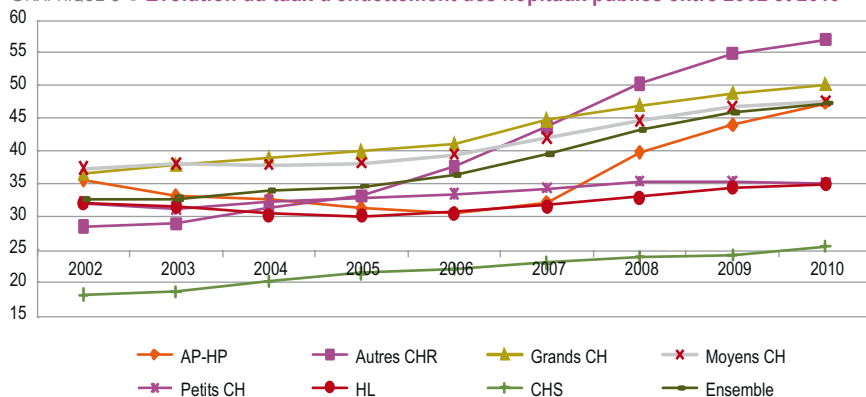


\* L'effort d'investissement mesure la part des dépenses d'investissements par rapport aux produits.

Sources • DGFIP, SAE, calculs DREES.

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

GRAPHIQUE 5 ● Évolution du taux d'endettement des hôpitaux publics entre 2002 et 2010



Sources • DGFIP, SAE, calculs DREES.

## Pour en savoir plus

DGFIP, 2009, Premiers résultats 2008 des finances locales, DGFIP, juin (disponible sur le site [www.colloc.bercy.gouv.fr](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*, DREES, n° 94, septembre.

Fenina A., Le Garrec M.-A. et Koubi M., 2011, «Comptes nationaux de la santé 2010», *Études et Résultats*, DREES, n° 773, septembre.

Garnero M., 2012 «Les contrats les plus souscrits auprès des complémentaires santé en 2009», *Études et Résultats*, DREES, n° 789, février.

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° 706, octobre.

Yilmaz E., 2011. «Le redressement des comptes des hôpitaux publics se confirme en 2009», in *Comptes nationaux de la santé, Document de travail, série statistiques*, n° 161, septembre.