

## La situation économique et financière des hôpitaux publics en 2013 et en 2014

Engin Yilmaz (DREES)

Selon les comptes provisoires transmis à la Direction générale des finances publiques (DGFIP), les résultats des comptes financiers des hôpitaux publics se dégradent légèrement en 2014. Malgré un déficit d'environ 200 millions d'euros, ce résultat représentant 0,3 % des produits reste proche de l'équilibre budgétaire.

Ce niveau du déficit reste en effet bien moindre que celui constaté entre 2006 et 2011. La moitié des établissements publics sont déficitaires, mais une quarantaine d'établissements expliquent à eux seuls 50 % du déficit.

La croissance de l'activité des hôpitaux publics en 2014 a permis de limiter le déficit, alors que les tarifs de médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie (MCO) restaient stables.

La capacité des établissements à financer les investissements à partir des flux d'exploitation se contracte en 2014 pour atteindre 3,6 milliards d'euros, soit 5,4 % des produits. Elle s'établissait à 3,8 milliards en 2013, soit 5,9 % des produits. L'effort d'investissement mesurant les dépenses d'investissement réalisées au cours de l'année poursuit sa baisse : la part de ces dépenses au sein des produits est passée de 10,9 % en 2009 à 7,6 % en 2013 pour s'établir à 7,1 % en 2014. Parallèlement, la progression de l'encours de la dette ralentit. Le taux d'indépendance financière, mesurant la part des dettes au sein des ressources stables, atteint 50 %. L'encours de la dette s'établit à 29,3 milliards d'euros.

## Les hôpitaux publics sont en déficit de 200 millions en 2014

D'après les données comptables définitives (*encadré 1*), la situation financière des hôpitaux publics redevient déficitaire en 2013 après un excédent en 2012. En 2013, ce déficit avoisine les 100 millions d'euros, ce qui représente 0,2 % de leurs recettes (*tableau 1*). Le redressement de l'année 2012 était dû en partie à des facteurs exceptionnels (augmentation des plus-values des cessions d'actifs, inscription au résultat des aides exceptionnelles versées à certains établissements « proches de la rupture de paiement », opérations de fin d'exercice, notamment une diminution des dotations aux provisions, etc.). La dégradation en 2013 est totalement imputable à la dégradation du budget principal qui présente un déficit de 324 millions d'euros, contre 140 millions en 2012. Ce budget principal retrace les opérations relevant des activités de court et moyen séjour (soins de suite et de réadaptation) et de psychiatrie, et représente 88 % du budget total des établissements. Quant au budget annexe<sup>1</sup>, l'excédent se stabilise en 2013 : 221 millions d'euros contre 229 millions en 2012.

Les premières estimations pour l'année 2014 mettent à nouveau en évidence une dégradation modérée des comptes des hôpitaux publics. En 2014, les hôpitaux publics enregistreraient un déficit du budget global de 209 millions d'euros, ce qui représenterait 0,3 % de leurs recettes (*tableau 1*). Toutefois, malgré ces résultats négatifs à la fois en 2013 et en 2014, le niveau du déficit reste d'ampleur moindre que ceux constatés entre 2006 et 2011.

La dégradation en 2014 serait imputable pour moitié à la dégradation du budget principal qui présenterait un déficit de 382 millions d'euros contre 324 millions en 2013, et à celle du budget annexe dont l'excédent s'est réduit à 173 millions d'euros contre 221 millions en 2013.

**Tableau 1 – Rentabilité nette<sup>1</sup> des hôpitaux publics entre 2002 et 2014**

	En %												
	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014 ***
<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>	<b>-0,6</b>	<b>0,2</b>	<b>-0,2</b>	<b>-0,3</b>
<b>Les centres hospitaliers régionaux (CHR)</b>													
AP-HP	0,8	-0,3	1,6	-1,1	2,7 *	-0,2	0,2	-1,3	-1,7	-1,2	-0,3	-0,1	-0,2
Autres CHR	0,5	-0,1	0,4	-0,2	-1,1	-2,2	-2,4	-1,7	-0,9	-1,1	0,2	-0,3	-0,5
<b>Les autres centres hospitaliers (CH)</b>													
Grands CH**	0,4	0,2	0,4	0,6	-1,3	-1,4	-0,5	-0,1	-0,2	-0,4	0,1	0,0	-0,4
Moyens CH**	0,7	0,6	0,8	0,6	-0,9	-0,7	-0,3	0,0	-0,7	-1,1	0,0	-0,7	-0,8
Petits CH**	2,2	1,6	2,0	1,1	0,8	0,9	1,0	1,2	0,9	0,5	0,4	0,7	0,4
CH ex-hôpitaux locaux	2,0	1,6	2,5	2,0	2,1	2,3	2,2	2,5	2,3	1,4	1,3	0,7	0,7
CH spécialisés (CHS)	3,2	3,1	2,3	1,2	0,4	0,7	0,7	0,6	0,6	0,6	0,4	-0,1	0,1

<sup>1</sup> La rentabilité nette 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).

\* Hors opérations exceptionnelles de l'AP-HP, la rentabilité nette 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*.

\*\*\* Données provisoires.

Note : Le CH est devenu CHR en 2012.

Sources : DGFIP, SAE, calculs DREES (données retraitées, cf. *encadré 2*).

## Malgré la hausse du nombre d'établissements déficitaires, le déficit reste concentré sur un petit nombre d'entre eux

Le nombre d'établissements publics de santé déficitaires continue d'augmenter en 2014 : 454 hôpitaux déficitaires en 2014 contre 420 hôpitaux déficitaires en 2013 et 361 en 2012. Entre 2012 et 2014, la part d'établissements déficitaires est donc passée de 39 % en 2012 à 50 % en 2014 (*graphique 1*) ; ils enregistraient un déficit cumulé de 548 millions d'euros en 2014, contre 476 millions en 2013. Toutefois, comme en 2012 et en 2013, ce déficit reste concentré sur un petit nombre d'établissements : la moitié de ce déficit cumulé est imputable à près de 40 établissements en 2012, en 2013 et en 2014. Quant aux établissements excédentaires, leur résultat net comptable positif s'établirait à 339 millions d'euros en 2014, contre 374 millions en 2013.

<sup>1</sup> 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 longue durée (USLD), les établissements hébergeant des personnes âgées (EHPAD), les instituts de formation des personnels paramédicaux (IFPP).

Comme en 2013, sur l'ensemble des établissements publics de santé, la moitié ont une rentabilité nette comprise entre -1,2 % et 1,1 % en 2014 (*graphique 2*).

Cette augmentation de la part d'établissements déficitaires concerne toutes les catégories d'établissements hormis les grands centres hospitaliers pour lesquels cette part était déjà importante en 2013 (60 %).

En 2014, davantage de CHR (hors AP-HP) se retrouvent en situation déficitaire (19 en 2014 contre 17 en 2013 et 13 en 2012) : leur déficit représente un peu plus d'un quart du déficit global. Il s'établit ainsi à 87 millions d'euros contre 58 millions en 2013.

### ENCADRÉ 1 : LES SOURCES DISPONIBLES POUR ÉVALUER LA SITUATION FINANCIÈRE DES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ

Diverses sources d'information (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. Des données semi-définitives pour l'année N sont, en outre, disponibles en juillet 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 et odontologie), 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. Le directeur de l'établissement établit un état de l'EPRD à l'issue du premier semestre et des deux trimestres suivants, et les transmet à l'agence régionale de santé (ARS). 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 réaliser une analyse sur des données définitives jusqu'en 2013 et semi-définitives pour l'année 2014.

#### 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.

<sup>1</sup> Une entité juridique peut inclure un ou plusieurs établissements.

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

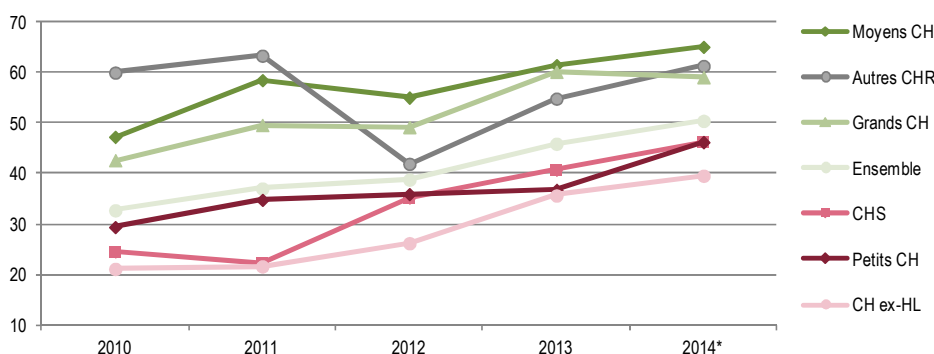
<sup>3</sup> Le recueil PMSI est également obligatoire pour les établissements de SSR depuis 2003, même si ce secteur reste actuellement en dehors du champ de la T2A.

Pour les centres hospitaliers de grande taille, contrairement à 2013, malgré une stabilité du nombre d'établissements déficitaires, leurs comptes financiers se seraient détériorés en 2014 après des résultats financiers proches de l'équilibre en 2013 ; le déficit s'établirait à 68 millions d'euros en 2014, soit une rentabilité nette de -0,4 % contre une rentabilité de -0,04 % en 2013 (le déficit s'établissait à 8 millions d'euros). Pour les CH de taille moyenne, la rentabilité reste stable en 2014 à la suite d'une dégradation en 2013 : après avoir enregistré une baisse de la rentabilité en 2013 (-0,7 % contre 0 % en 2012), le déficit de ces établissements s'établirait à 83 millions d'euros en 2014 (contre 72 millions d'euros en 2013). Pour les CH de petite taille, malgré une baisse, leur résultat net comptable resterait globalement excédentaire et représenterait 0,4 % des produits, soit 15 millions d'euros en 2014.

Après un déficit en 2013, la situation des centres hospitaliers spécialisés redevient excédentaire en 2014. L'excédent représente 0,1 % des produits. Pour les centres hospitaliers ex-hôpitaux locaux (CH ex-HL), la situation se stabilise malgré une baisse de la rentabilité nette, leur situation financière reste excédentaire en 2013 après une stabilisation en 2012.

**Graphique 1 – Part des établissements déficitaires entre 2010 et 2014**

En %

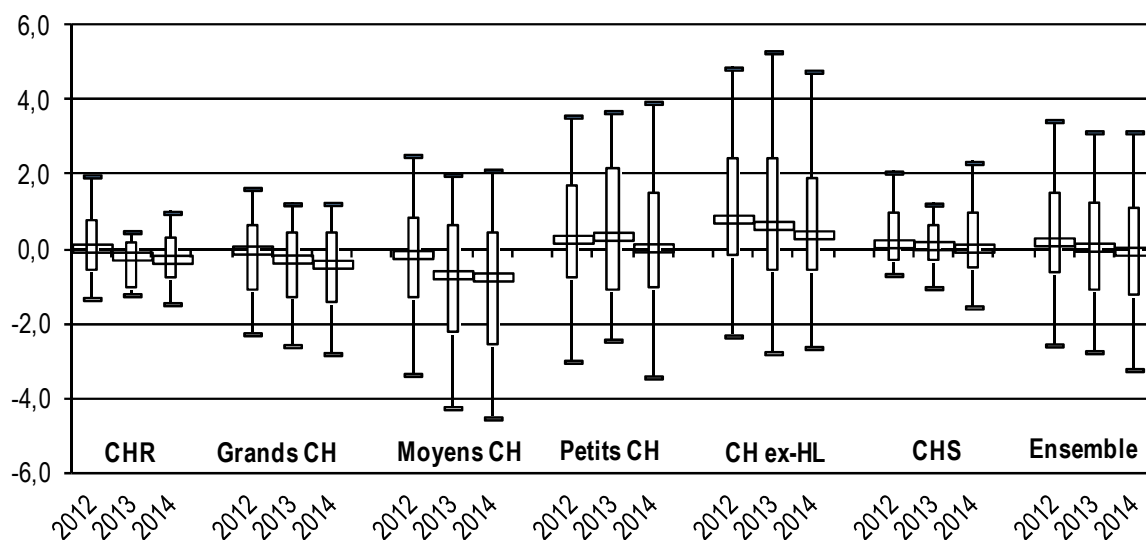


\* Données provisoires.

Sources : DGFIP, SAE, calculs DREES (données retraitées, cf. encadré 2).

**Graphique 2 – Dispersion de la rentabilité nette des hôpitaux publics entre 2012 et 2014\***

En %



Lecture : La boîte contient 50 % des hôpitaux publics ayant une rentabilité nette comprise entre le premier quartile et le troisième quartile. La barre horizontale correspond à la médiane. L'extrémité de chaque « moustache » correspond d'un côté au premier décile, c'est-à-dire aux 10 % des hôpitaux dont la rentabilité économique est inférieure à ce seuil, de l'autre côté au dernier décile, c'est-à-dire aux 10 % des hôpitaux dont la rentabilité économique est supérieure à ce seuil.

\* Données provisoires.

Sources : DGFIP, SAE, calculs DREES (données retraitées, cf. encadré 2).

## En 2014, la marge brute d'exploitation se maintient

En 2014, cette détérioration modérée du résultat global s'explique en grande partie, comme en 2013, par la dégradation du résultat d'exploitation<sup>2</sup>. En décomposant le compte de résultat global, on observe que le résultat

<sup>2</sup> Le résultat d'exploitation fait référence aux produits et charges liés à l'exploitation normale et courante de l'établissement.

d'exploitation en 2014 continuerait de diminuer comme en 2013 (*tableau 2*). Le résultat d'exploitation enregistrerait un excédent de 602 millions d'euros contre 850 millions d'euros en 2013, alors que parallèlement le résultat exceptionnel<sup>3</sup> dégagerait un excédent de 259 millions d'euros contre un excédent de 129 millions en 2013 (*graphique 3*). La hausse du résultat exceptionnel serait liée à la baisse des charges exceptionnelles, et notamment les charges sur exercices antérieurs. Le caractère provisoire des données 2014, notamment sur ce type d'écritures, doit conduire à interpréter ces résultats avec prudence. Le résultat financier<sup>4</sup> resterait dégradé en 2014 en raison de la hausse du paiement des intérêts des emprunts pour financer les investissements : son déficit s'élèverait à 1,1 milliard d'euros en 2014.

**Tableau 2 – Évolution du compte de résultat du budget global des hôpitaux publics entre 2012 et 2014**

	2013 (en milliards d'euros)	2014* (en milliards d'euros)	2012-2013 (en %)	2013-2014 (en %)
<b>Résultat d'exploitation</b>	<b>0,852</b>	<b>0,602</b>		
<b>Produits d'exploitation</b>	<b>71,7</b>	<b>73,5</b>	<b>+2,3</b>	<b>+2,5</b>
70 Ventes de marchandises et production vendue	3,4	3,5	+2,0	+3,2
71 Production stockée	0,0	0,0	-	-
72 Production immobilisée	0,0	0,0	+2,4	+24,4
73 Production de l'activité	63,2	64,5	+0,5	+2,1
74 Subventions d'exploitation et participations	2,9	3,0	+82,2	+4,2
75 Autres produits de gestion courante	1,6	1,7	0,0	+5,6
78 Reprises sur amortissements, dépréciations et provisions	0,6	0,7	-5,9	+23
79 Transferts de charges d'exploitation	0,0	0,0	-	-
<b>Charges d'exploitation</b>	<b>70,8</b>	<b>72,9</b>	<b>+3</b>	<b>+2,9</b>
60 Achats	10,5	10,7	+3,3	+1,1
61-62 Services extérieurs et autres	6,8	7,1	+1,4	+3,5
63 Impôts, taxes et versements assimilés	4,3	4,4	+2,8	+2,3
64 Charges de personnel	44,0	45,2	+3,1	+2,8
65 Autres charges de gestion courante	0,7	0,8	+15,4	+8,5
68 Dotations aux amortissements et dépréciations	3,8	3,8	+5	+1,7
68 Dotations aux dépréciations (actif circulant)	0,2	0,2	+15,1	-2,7
68 Dotations aux amortissements, dépréciations et provisions (risques et charges)	0,4	0,7	-13,9	+59
<b>Résultat financier</b>	<b>-1,083</b>	<b>-1,069</b>		
Produits financiers	0,0	0,1	-0,5	+111,6
Charges financières	1,1	1,2	+7,6	+3,3
<b>Résultat exceptionnel</b>	<b>0,129</b>	<b>0,259</b>		
Produits exceptionnels	1,7	1,5	-10,2	-10,6
Charges exceptionnelles	1,6	1,3	-25,5	-19,6
<b>Résultat net</b>	<b>-0,102</b>	<b>-0,209</b>		
Produits totaux	73,4	75,1	+2,0	+2,3
Charges totaux	73,6	75,3	+2,3	+2,4

\* Données provisoires.

Sources : DGFIP, SAE, calculs DREES (données retraitées, cf. encadré 2).

Toutefois, la marge brute<sup>5</sup> des établissements, faisant référence seulement à l'exploitation courante et ne prenant pas en compte les résultats exceptionnels et financiers et les comptes de dotations et provisions, se maintient à un niveau proche de 2013 à 4,6 milliards d'euros, soit un taux<sup>6</sup> à 6,4 % en 2014, contre 6,6 % en 2013 et 7,3 % en 2012.

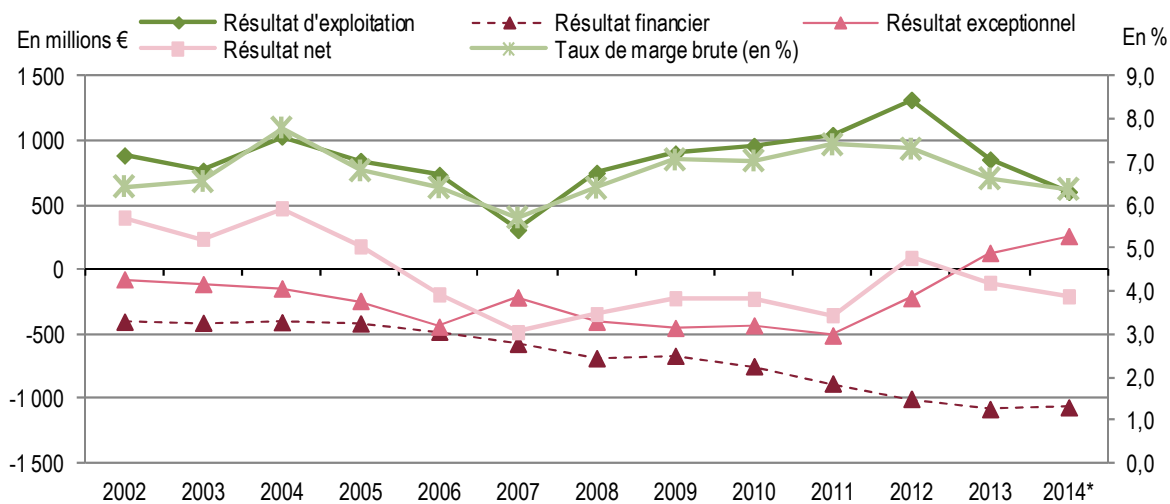
3 Le résultat exceptionnel comprend notamment les opérations de gestion ou des opérations de capital (cessions d'immobilisation), et les dotations aux amortissements et aux provisions pour les opérations exceptionnelles.

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

5 Cet indicateur mesure la « marge » que l'établissement dégage sur son exploitation « courante » pour financer ses charges financières et ses amortissements, reflétant les ressources qu'il est en mesure de mobiliser pour renouveler dans le temps sa capacité à investir et ainsi maintenir sa capacité de production. Dans cette étude et afin d'être à méthodologie constante, le calcul de cet indicateur ne prend pas en compte l'ajout dans le plan comptable, depuis 2012, du compte 7722 correspondant aux « produits sur exercices antérieurs ».

6 Le taux de marge brute est égal à la marge brute rapportée aux produits d'exploitation courante. Ces produits sont calculés à partir des comptes 70 à 75 de la nomenclature M21.

**Graphique 3 – Compte de résultat et taux de marge brute des hôpitaux publics entre 2002 et 2014**



\* Données provisoires.

Ordonnées de droite pour le taux de marge brute, c'est-à-dire la marge brute rapportée aux produits d'exploitation courante (cf. note de bas de page n° 6).

Sources : DGFIP, SAE, calculs DREES (données retraitées, cf. encadré 2).

## Une croissance des recettes dynamique

En 2014, sur le budget global, les produits totaux<sup>7</sup> hors rétrocession de médicaments poursuivent leur progression dynamique (+2,3 % en 2014 et +2,0 % en 2013). Ces produits atteindraient 75,1 milliards d'euros, dont 66 milliards seraient imputables au budget principal (encadré 2).

La hausse des produits en 2014 est tirée par les recettes liées à l'activité hospitalière correspondant au titre 1 et au titre 2 du budget principal.

Ainsi, les recettes versées par l'assurance maladie pour le compte du budget principal (titre 1) progressent de +2,3 % en 2014, alors qu'elles se sont stabilisées en 2013 (graphique 4). Ces recettes constituant l'essentiel de ce budget (77 %) s'élèveraient à 51,1 milliards d'euros (tableau 3). Cette croissance des recettes s'explique par le dynamisme de l'activité des hôpitaux publics sur le champ MCO mesurée en nombre de séjours (+2,5 %<sup>8</sup>), alors que les tarifs MCO sont restés stables en 2014 pour les hôpitaux publics.

Contrairement aux années précédentes, la croissance des autres produits de l'activité hospitalière (titre 2) est inférieure à celle des produits du titre 1 (+1,5 % en 2014 contre +3,6 % en 2013 pour le budget principal) [graphique 4]. Ce titre regroupe les montants non pris en charge par l'assurance maladie (organismes complémentaires et ménages), ceux versés au titre des conventions internationales 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 atteindrait 5,6 milliards d'euros pour le compte du budget principal (tableau 3).

Les évolutions brutes entre 2012 et 2013 étaient difficilement interprétables dans la mesure où des transferts d'enveloppe ont eu lieu entre les missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation (MIGAC), classées en titre 1, et le fonds d'intervention régional (FIR)<sup>9</sup>, classé en titre 3 pour l'année 2012. Ainsi, en ne retenant que l'enveloppe hors MIGAC afin de neutraliser l'effet de ce transfert, la progression des produits du titre 1 resterait dynamique et constante (+2,9 % en 2014 contre +2,7 % en 2013 et +2,8 % en 2012) [graphique 4].

<sup>7</sup> 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.

<sup>8</sup> Rapport de l'Observatoire économique de l'hospitalisation publique et privée de juin 2015, à paraître.

<sup>9</sup> Le décret n° 2012-271 du 27 février 2012 fixe les missions financées par le FIR et rattachées à ces grandes catégories.

## 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 privés anciennement sous dotation globale (ex-DG).

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).

Le budget principal est formé de trois titres de produits et de quatre titres de charges (regroupement des comptes selon la nomenclature de l'état prévisionnel des recettes et des dépenses – EPRD).

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.

Les données reçues des comptes des hôpitaux sont retraitées de deux manières :

- Le poste de compte correspondant aux rétrocessions de médicaments est déduit à la fois des charges et des produits. En effet, en l'absence de ce retraitement, 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 de médicaments, mais par lequel peuvent aussi transiter des flux intra-groupes<sup>1</sup>. 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) 2013 afin de ne conserver que les établissements de santé exerçant une activité de soins. Le nombre d'hôpitaux publics s'élèverait à 932 en 2012, 920 en 2013 et 900 en 2014.

Par convention, les hôpitaux publics sont répartis en sept catégories<sup>2</sup>.

- 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 centres hospitaliers ex-hôpitaux locaux (CH ex-HL).
- Les centres hospitaliers spécialisés dans la lutte contre les maladies mentales (CHS).

<sup>1</sup> La rétrocession de médicaments recouvre la délivrance, par une pharmacie hospitalière, de médicaments à des patients qui ne sont pas hospitalisés. En 2013, le compte 7071 (rétrocession de médicaments) représente 2,4 % 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 5 % des comptes 70 et 73. Hors AP-HP, ce pourcentage baisse à 2,1 %. Cette part de la rétrocession pour l'AP-HP explique une partie de la surestimation des produits de l'AP-HP.

<sup>2</sup> Les syndicats inter-hospitaliers (SIH), exerçant une activité de soins, ont été classés avec les établissements avec lesquels ils 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.



**Tableau 3 – Évolution des produits et des charges des budgets global et principal entre 2012 et 2014**

	2012 (en milliards d'euros)	2013 (en milliards d'euros)	2014* (en milliards d'euros)	2012-2013 (en %)	2013-2014 (en %)
<b>Produits</b>					
<b>Budget global</b>	<b>72,0</b>	<b>73,5</b>	<b>75,1</b>	<b>+2,0</b>	<b>+2,3</b>
dont budget principal	63,2	64,5	66,0	+2,1	+2,5
dont titre 1 : produits versés par l'assurance maladie**	49,9	49,9	51,1	0,0	+2,3
dont titre 2 : produits à la charge des patients, organismes complémentaires, Etat	5,4	5,6	5,6	+3,6	+1,5
dont titre 3 : autres produits	7,9	9,0	9,4	+14,3	+3,9
<b>Charges</b>					
<b>Budget global</b>	<b>71,9</b>	<b>73,6</b>	<b>75,3</b>	<b>+2,3</b>	<b>+2,4</b>
dont budget principal	63,3	64,8	66,4	+2,3	+2,5
dont titre 1 : charges de personnel	41,7	42,9	44,1	+2,8	+2,7
dont titre 2 : charges à caractère médical	8,5	8,8	9,2	+3,7	+4,1
dont titre 3 : charges à caractère hôtelier et général	6,4	6,6	6,6	+3,2	+0,9
dont titre 4 : charges d'amortissement, de provisions, financières et exceptionnelles	6,7	6,5	6,5	-3,4	+0,7
<b>Résultat de l'exercice</b>					
<b>Budget global</b>	<b>0,089</b>	<b>-0,102</b>	<b>-0,209</b>	-	-
dont budget principal	-0,140	-0,324	-0,382	-	-
dont budget annexe	0,229	0,221	0,173	-	-

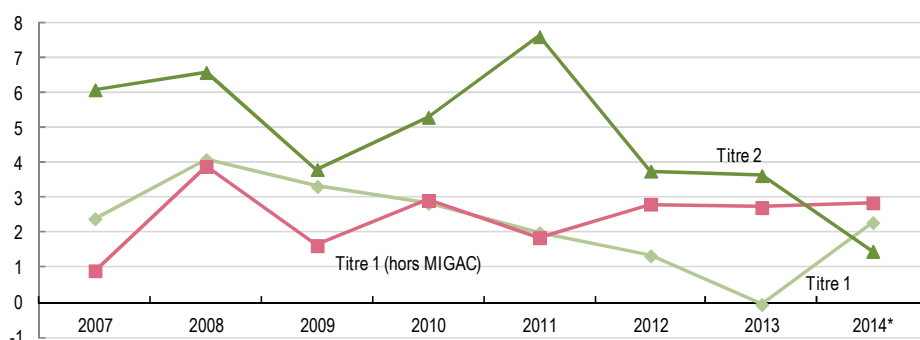
\* Données provisoires.

\*\* L'évolution et le montant ne tiennent pas compte de l'effet du « transfert de l'enveloppe MIGAC (titre1) au FIR (titre3) ». Hors effets du transfert, le taux de croissance des produits du titre 1 s'établirait à 2,7 % en 2013 et à 2,9 % en 2014 (cf. p. 210).

Sources : DGFIP, SAE, calculs DREES (données retraitées, cf. encadré 2).

**Graphique 4 – Taux d'augmentation des produits du budget principal entre 2006 et 2014**

En %



Titre 1 : Produits versés par l'assurance maladie.

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

\* Données provisoires.

Sources : DGFIP, SAE, calculs DREES (données retraitées, cf. encadré 2).

## Relative maîtrise des dépenses de personnel

Comme en 2013, on observerait en 2014 une progression plus importante des charges du secteur hospitalier par rapport aux produits (+2,4 % pour les charges contre +2,3 % pour les produits). Les charges du secteur hospitalier s'élèveraient à 75,3 milliards d'euros en 2014, contre 73,6 milliards d'euros en 2013 dont 88 % au titre du budget principal.

Cette progression en 2014 s'expliquerait par une augmentation des charges de personnel, qui représentent le premier poste de dépenses (graphique 5). Pour le seul budget principal, ces charges de personnel s'élèveraient à 44,1 milliards d'euros (titre 1), soit une augmentation de +2,7 % en 2014 contre +2,8 % en 2013 (tableau 3). La plus forte augmentation en 2013 s'expliquait en partie par celle liée aux cotisations de Sécurité sociale et de prévoyance, et



notamment le relèvement, en 2013, de 1,35 point du taux de cotisation pour la Caisse nationale de retraite des agents des collectivités locales (CNRACL)<sup>10</sup>. Ainsi, en 2013, l'augmentation des cotisations de Sécurité sociale pour le personnel non médical et médical expliquait pour un peu plus d'un tiers la progression des charges de personnel contre un quart en 2012 (*graphique 6*). Pour autant, la maîtrise de la croissance de la masse salariale du budget principal des hôpitaux publics observée les années précédentes se poursuivrait en 2014. Les charges de personnel liées aux rémunérations du personnel médical et du personnel non médical auraient augmenté de 2,3 % en 2014 contre 2,5 % en 2012 et 2013. Et ces charges auraient aussi augmenté moins vite en 2014 que les produits de l'activité médicale<sup>11</sup> – hors MIGAC – (+2,7 % en 2014 contre +2,8 % en 2013 et +2,9 % en 2012).

Cette maîtrise des charges de personnel s'explique par l'évolution des salaires dans la fonction publique hospitalière (FPH), alors que la croissance des effectifs reste relativement dynamique. Ainsi, le salaire brut a augmenté de 1 % entre 2012 et 2013 et les effectifs ont augmenté de 1,7 %.

En revanche, le rythme de progression des charges à caractère médical en 2014 (titre 2 du budget principal) serait plus soutenu (+4,1 % en 2014 contre +3,7 % en 2013 et +4,7 % en 2012) [*tableau 3*]. Et, comme en 2013, la progression de ces dépenses serait supérieure à celle des produits de l'activité médicale. Elles atteindraient 9,2 milliards d'euros pour le seul budget principal et représenteraient 14 % de ce budget.

Les charges à caractère hôtelier et général (titre 3 du budget principal) seraient, elles aussi, moins dynamiques en 2014 (+0,9 % en 2014 contre +3,2 % en 2013).

Quant aux charges liées aux amortissements et provisions (titre 4 du budget principal), elles progressent de +0,7 % en 2014 pour atteindre 6,5 milliards d'euros.

### Les capacités d'autofinancement baissent en 2014

Au total, la capacité d'autofinancement (CAF)<sup>12</sup> mesurant les ressources dégagées par l'activité courante de l'établissement continuerait de diminuer en 2014 pour atteindre 3,6 milliards d'euros. Le taux d'autofinancement, mesurant le poids de la CAF au sein des produits de l'activité hospitalière, continuerait de baisser en 2014 (5,4 % en 2014 contre 5,9 % en 2013) [*tableau 4*].

La baisse des investissements prévue dans le cadre de la stratégie nationale d'investissement se poursuit, les investissements représentant 4,8 milliards d'euros en 2014. La part des dépenses d'investissement rapportées aux recettes produites par l'activité hospitalière s'établirait à 7,1 % en 2014 contre 7,6 % en 2013 (*graphique 7*). Ces dépenses représentent les opérations d'investissement réalisées dans l'année (acquisitions, créations et apports d'immobilisations<sup>13</sup>). Cette évolution se traduit par un ralentissement du rythme de renouvellement des équipements : celui-ci s'établirait en moyenne à 21 années en 2014, contre 12 en 2009 (*tableau 4*). Comme en 2013, cette baisse des investissements permet ainsi d'atténuer la baisse de la capacité d'autofinancement en 2014 : la CAF représente toujours en effet trois quarts des investissements en 2013 et en 2014 contre 60 % en 2012.

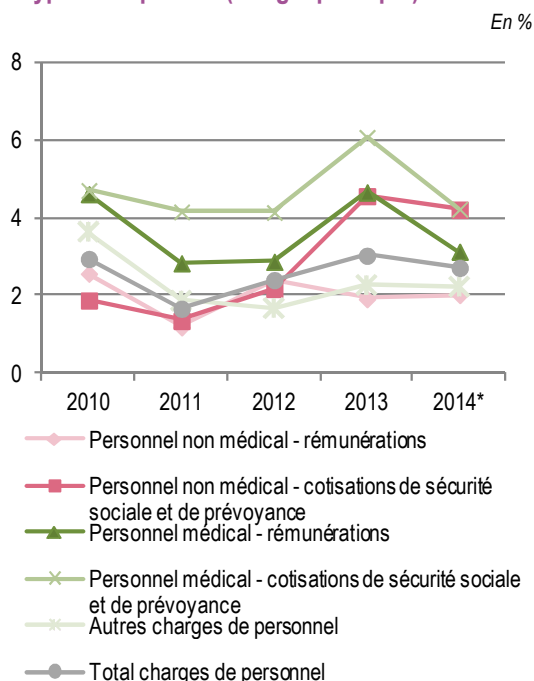
10 [www.economie.gouv.fr/files/projet-loi-finances-securite-sociale-plfss-2013.pdf](http://www.economie.gouv.fr/files/projet-loi-finances-securite-sociale-plfss-2013.pdf)

11 Les produits de l'activité correspondent aux produits du titre 1 et du titre 2.

12 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.

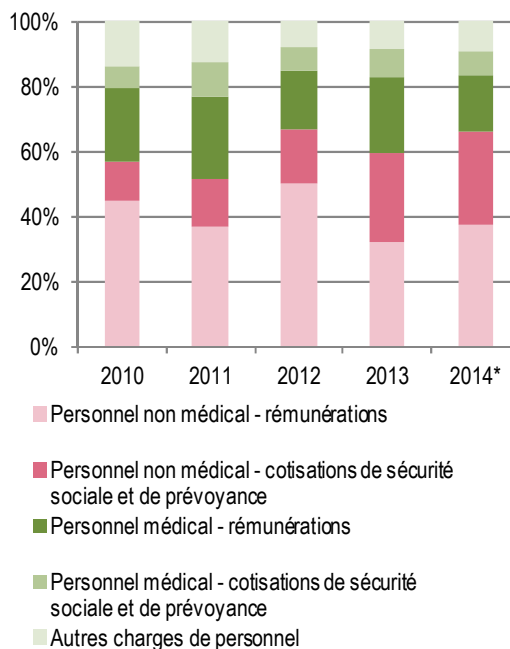
13 Ces dépenses d'investissement ne prennent pas en compte les amortissements qui ont pour objet de constater la dépréciation des éléments d'actif.

**Graphique 5 – Évolution des dépenses de personnel des établissements publics, par type de dépenses (budget principal)**



\* Données provisoires.  
Sources : DGFIP, SAE, calculs DREES (données retraitées, cf. encadré 2).

**Graphique 6 – Contribution de chaque catégorie de dépenses de personnel dans l'évolution globale des dépenses de personnel (budget principal)**



\* Données provisoires.  
Sources : DGFIP, SAE, calculs DREES (données retraitées, cf. encadré 2).

**Tableau 4 – Indicateurs d'investissements des hôpitaux publics entre 2002 et 2014**

	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	8,1	4,6
2007	5,1	7,9	5,6
2008	5,8	8,2	5,6
2009	6,7	8,1	5,4
2010	6,3	7,5	6,2
2011	6,7	6,7	6,2
2012	6,4	6,1	6,8
2013	5,9	5,1	7,6
2014*	5,4	4,7	8,1

Note de lecture :

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

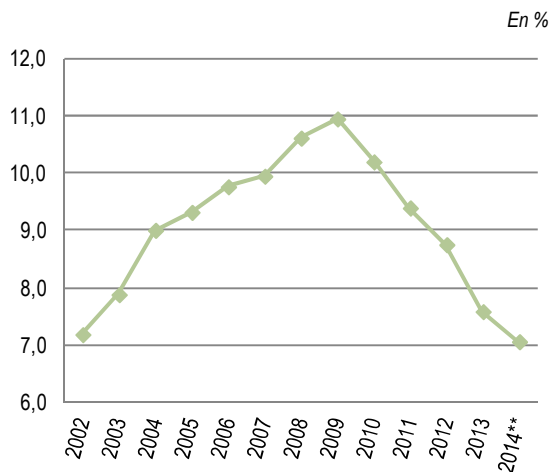
– Le ratio « taux de renouvellement des immobilisations » calcule la part des dépenses d'investissements réalisées au cours de l'année sur l'ensemble des actifs immobilisés. En d'autres termes, un ratio égal à 5,1 % en 2013 signifie qu'il faut 19,6 années (100 / 5,1) pour renouveler le patrimoine des hôpitaux publics.

– 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.

(\*) Données provisoires.

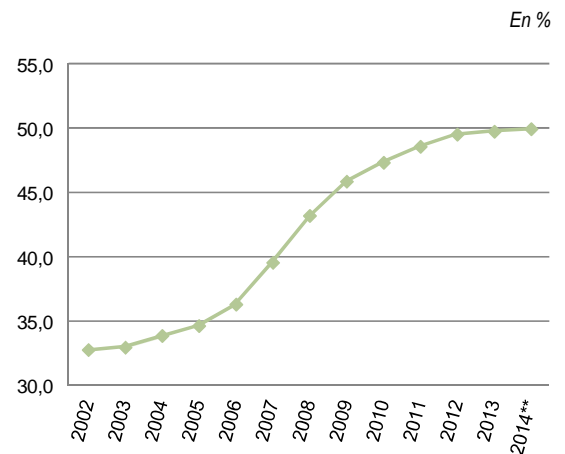
Sources : DGFIP, SAE, calculs DREES (données retraitées, cf. encadré 2).

**Graphique 7 – Évolution de l'effort d'investissement\* des hôpitaux publics entre 2002 et 2014**



\* L'effort d'investissement mesure la part des dépenses d'investissements par rapport aux produits.  
 \*\* Données provisoires.  
 Sources : DGFIP, SAE, calculs DREES (données retraitées, cf. encadré 2).

**Graphique 8 – Évolution du taux d'indépendance financière\* des hôpitaux publics entre 2002 et 2014**



\*Taux d'indépendance financière : part des dettes au sein des ressources stables.  
 \*\*Données provisoires.  
 Sources : DGFIP, SAE, calculs DREES (données retraitées, cf. encadré 2).

## L'encours de la dette en voie de stabilisation

Parallèlement à la diminution de l'effort d'investissement, la progression de l'encours de la dette des hôpitaux publics continuerait de ralentir pour atteindre 29,3 milliards d'euros en 2014, contre 29,1 milliards en 2013, dans un contexte où les enveloppes nationales dédiées à l'investissement sont placées sous forte contrainte. Ainsi, le taux d'indépendance financière, qui mesure la part des dettes au sein des ressources stables (constituées des capitaux propres et des dettes financières), est passé de 47,5 % en 2010 à 49,8 % en 2013 (graphique 8). Ce taux se stabiliserait autour de 50 % en 2014.

Avec la diminution des capacités d'autofinancement, le ratio d'endettement des hôpitaux publics, qui mesure le nombre d'années d'autofinancement nécessaire au remboursement total de la dette, continuerait de se dégrader en 2014. Ce ratio s'établirait à 8,1 années en 2014 contre 7,6 années en 2013 et 6,8 années en 2012 (tableau 4).

## Pour en savoir plus

Yilmaz E., 2014, « La situation économique et financière des hôpitaux publics en 2013 et 2014 », *Comptes nationaux de la santé*, Coll. Études et Statistiques, DREES .

Rapport de la Cour des Comptes, juin 2013, La situation et les perspectives des finances publiques.

Rapport de l'Observatoire économique de l'hospitalisation publique et privée de juin 2015, à paraître.

« L'emploi dans la fonction publique – au 31 décembre 2013 (premiers résultats) », coll. Informations rapides, INSEE, 18 décembre 2014, n° 289.

« Les salaires dans la fonction publique en 2013 (premiers résultats) », coll. Informations rapides, INSEE, 27 avril 2015 – n° 101.