



Études et Résultats

N° 746 • janvier 2011

Le redressement des comptes des hôpitaux publics observé en 2008 se poursuit en 2009

La situation économique et financière des hôpitaux publics s'améliore en 2008. Le déficit global des hôpitaux publics se réduit, passant de 486 millions d'euros en 2007 à 345 millions d'euros en 2008 grâce à une progression des produits (+5,4 %) plus forte que celle des charges (+5,1 %). Le déficit représente 0,6 % des produits perçus par les établissements publics de santé. D'après les premières estimations, le déficit continuerait de diminuer en 2009 pour s'établir à 200 millions d'euros, soit 0,3 % des produits.

En 2008, 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 10,1 % à 10,9 % entre 2007 et 2008. 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 43 % en 2008.

Engin YILMAZ

Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES)
Ministère du Travail, de l'Emploi et de la Santé
Ministère du Budget, des Comptes publics, de la Fonction publique et de la Réforme de l'État
Ministère des Solidarités et de la Cohésion sociale

CETTE ÉTUDE présente la situation économique et financière des hôpitaux publics en 2008 à partir des données comptables définitives. Pour l'année 2009, les estimations sont établies sur les bases de données provisoires (encadré 1).

Après avoir analysé la structure des produits et des charges des hôpitaux publics, cette étude propose un éclairage sur l'effort d'investissement des établissements hospitaliers et leurs capacités de financement.

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

En 2008, le déficit global des hôpitaux publics se réduit, passant de 486 millions d'euros en 2007 à 345 millions d'euros en 2008, ce qui représente 0,6 % des produits perçus par les établissements publics de santé. Cette amélioration se confirmerait pour l'année 2009 : d'après de premières estimations, le déficit global des établissements publics de santé avoisinerait 200 millions d'euros, soit 0,3 % des recettes (tableau 1).

Bien que toujours déficitaire, la situation économique et financière des établissements publics de santé en 2008 s'est donc améliorée pour la première fois depuis 2004. Ce redressement des comptes est pour l'essentiel imputable au budget principal, qui représente les opérations relevant des activités de court et moyen séjour et de psychiatrie. Alors qu'en 2007 le déficit de ce budget s'était creusé, il s'atténue en 2008 : ces opérations, représentant environ 88 % du budget total des établissements, enregistrent un déficit de 550 millions d'euros contre 689 millions d'euros en 2007. En 2009, ce budget présenterait un déficit de 450 millions d'euros.

En 2008, les opérations annexes enregistrent un résultat net comptable positif quasi stable de l'ordre de 200 millions d'euros. Pour l'année 2009, l'excédent progresserait pour atteindre 250 millions d'euros. 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.

En décomposant le compte de résultat global, on observe que l'année 2008 se caractérise par une amélioration du résultat d'exploitation¹, qui a plus que doublé entre 2007 et 2008, passant de 307 millions d'euros à 749 millions d'euros. En 2009, ce résultat continuerait d'augmenter pour atteindre 975 millions d'euros (graphique 1). Toutefois, cette progression du résultat d'exploitation est en partie absorbée par la dégradation du résultat financier²: son déficit s'élève à 688 millions d'euros en 2008, soit 110 millions de plus qu'en 2007. En 2009, il s'établirait à 653 millions d'euros.

Le résultat exceptionnel³ s'est également dégradé durant cette période : son déficit a presque doublé pour atteindre 406 millions d'euros en 2008 et devrait être de 520 millions d'euros en 2009.

Les centres hospitaliers régionaux concentrent la moitié du déficit

Depuis 2004, c'est la première fois que le nombre d'hôpitaux déficitaires baisse, passant de 391 à 352 entre 2007 et 2008. Cette diminution concerne, à des degrés divers, toutes les catégories d'établissements hormis les CHR et les HL (graphique 2). En 2009, sept hôpitaux sur dix seraient excédentaires.

Sur les 352 établissements déficitaires enregistrent un déficit cumulé de 680 millions d'euros, les 25 CHR déficitaires concentrent à eux seuls un peu plus de la moitié de ce déficit. Quant aux établissements excédentaires, leur résultat net comptable positif s'élève à 335 millions d'euros.

1. Le résultat d'exploitation fait référence aux produits et charges liés à l'exploitation normale et courante de l'établissement.
2. Le résultat financier concerne les produits et les charges qui se rapportent directement à l'endettement et aux placements des hôpitaux publics.
3. Le résultat exceptionnel comprend notamment les opérations de gestion ou des opérations de capital (cessions d'immobilisations), et les dotations aux amortissements et aux provisions pour les opérations exceptionnelles.

Des situations très contrastées selon les différentes catégories d'établissement

Bien que la situation économique et financière des établissements publics de santé reste très variée, elle s'est améliorée pour toutes les catégories d'établissements à l'exception des CHR (hors

AP-HP). Ces derniers sont les seuls établissements pour lesquels la rentabilité économique⁴ a continué de diminuer en 2008, certes modérément : leur déficit global passe de 311 millions d'euros à 357 millions d'euros, soit 2,4 % de leurs produits contre 2,2 % en 2007. Toutefois, en 2009, leur situation

commencerait à s'améliorer : le déficit global s'élèverait alors à 265 millions d'euros, soit 1,7 % de leurs produits. Hors AP-HP, sur les 30 CHR présents en France, 10 clôtureraient leur exercice avec un résultat net comptable excédentaire, alors qu'ils sont seulement 5 dans ce cas en 2008.

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).

■ TABLEAU 1

Rentabilité économique des hôpitaux publics

	En %							
	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	-0,3
AP-HP	0,8	-0,3	1,6	-1,1	2,7 (*)	-0,2	0,2	-0,8
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	0,0
Moyens CH	0,7	0,6	0,8	0,6	-0,9	-0,7	-0,3	-0,1
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	2,4
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%.

(**) Données provisoires.

Sources • DGFIP, SAE, calculs DREES.

■ 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 juridiques¹ 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. Pour cette étude, nous avons utilisé les données définitives pour l'année 2008 et semi-définitives pour l'année 2009 (encadré 2).

- 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'hospi-

talisation (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 santé². 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 y 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. 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.

Bien que toujours négative, la rentabilité économique des grands CH ainsi que celle des CH de taille moyenne augmente en 2008 après s'être stabilisée en 2007. Ainsi, les grands CH enregistrent un déficit de 90 millions d'euros en 2008, soit 0,5 % des produits, contre 1,4 % en 2007. Quant aux CH de taille moyenne, leur rentabilité économique est restée négative mais continue de progresser pour atteindre -0,3 % des produits en 2008, contre -0,7 % en 2007. Leur déficit global s'élève à 29 millions d'euros. Pour les CH de petite taille, le résultat net comptable reste globalement excédentaire et représente 1 % des produits, soit 26 millions d'euros en 2008. L'amélioration des comptes financiers pour les centres hospitaliers se confirmerait d'après les premières estimations pour l'année 2009. Les grands et moyens CH seraient proches de l'équilibre avec un déficit global respectivement de 7 millions d'euros et de 5 millions d'euros.

Toutes les autres catégories d'établissements restent excédentaires en 2008, ainsi qu'en 2009 d'après les premières estimations. La rentabilité économique des HL et des CHS (secteur psychiatrique) est restée globalement stable respectivement autour de 2 % et de 0,7 %.

Les produits totaux ont augmenté de 5,4 % en 2008

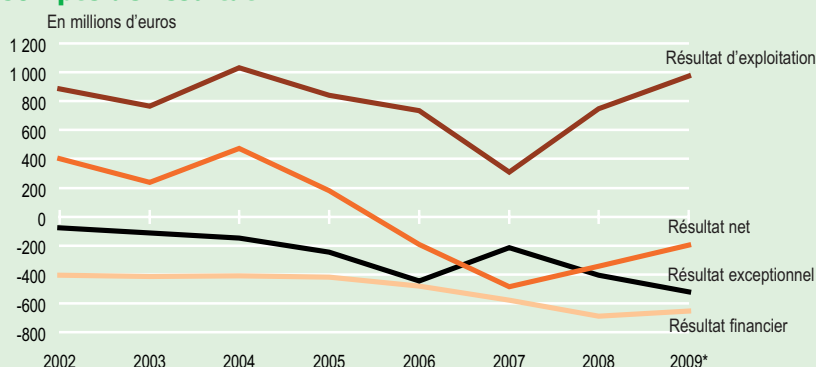
Depuis 2006, la progression des produits totaux⁵ des hôpitaux publics est de plus en plus dynamique. En 2008, les produits totaux ont augmenté de 5,4 % pour atteindre 63 milliards d'euros, soit un rythme de croissance nettement supérieur à celui de l'année précédente (+3,2 %). En 2009, bien que moins dynamique, la progression des produits totaux se poursuivrait et serait d'environ 2,8 %.

Les produits du budget principal et du budget annexe (encadré 2) ont augmenté quasiment au même rythme que les produits totaux en 2008 (respectivement +5,4 % et +5,3 %)

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.

GRAPHIQUE 1

Compte de résultat

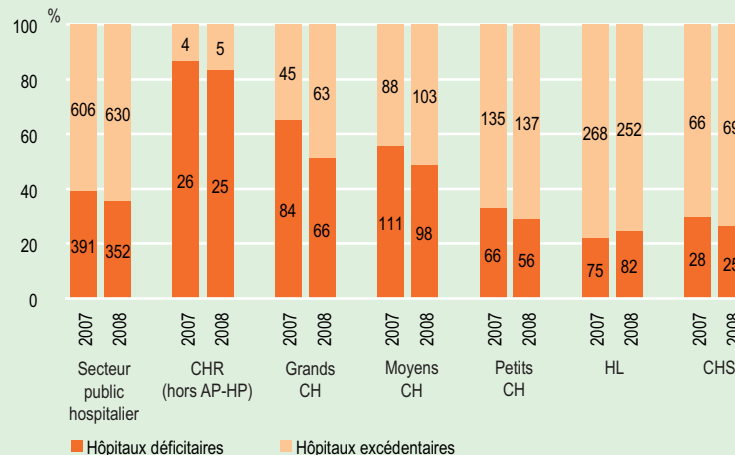


(*) Données provisoires.

Sources • DGFIP, SAE, calculs DREES.

GRAPHIQUE 2

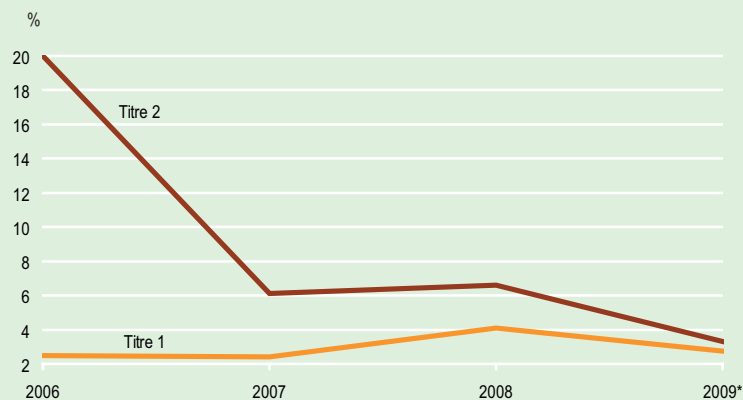
Répartition des hôpitaux excédentaires et déficitaires en 2007 et 2008



Sources • DGFIP, SAE, calculs DREES.

GRAPHIQUE 3

Taux d'augmentation des produits du budget principal entre 2006 et 2009



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.

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 affectée¹ (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-groupes². 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) 2008 afin de ne conserver que des établissements de santé. Le nombre d'hôpitaux publics s'élève à 982 en 2008 contre 997 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)³.

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 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.

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.

pour s'établir à 55,3 milliards et 7,7 milliards d'euros. La forte augmentation des produits du budget principal s'explique notamment 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 a en effet été plus dynamique que l'année précédente : +4,1 % en 2008 contre +2,4 % en 2007 (graphique 3). Ils s'élèvent à 45,5 milliards d'euros en 2008. Ces recettes continueraient de croître en 2009 pour atteindre près de 47 milliards d'euros, soit une augmentation de près de 3 %.

Les recettes liées à l'activité ont fortement augmenté en 2008

Les produits versés par l'assurance maladie, se décomposent en financements reçus au titre de l'activité, dotation annuelle de financement et MIGAC (encadrés 2 et 3).

La progression rapide des recettes reçues de l'assurance maladie s'explique notamment par une progression forte des financements reçus au titre de l'activité. 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. Ainsi ces produits, qui représentent près des deux tiers des recettes du titre 1, ont augmenté de 3,9 % en 2008, après une progression modérée de 0,5 % en 2007.

L'année 2008 est celle du passage à la T2A à 100 % (encadré 3). Désormais, les recettes des établissements pour leurs activités de MCO sont directement proportionnelles à leur activité. Or, l'activité a été dynamique en 2008.

En 2009, les produits versés par l'assurance maladie au titre de l'activité auraient augmenté de 1,1 %. Toutefois, cette progression en valeur ne reflète pas exactement l'évolution de l'activité des établissements publics de santé qui, par ailleurs, a été dynamique en 2009. Cette différence s'explique essen-

tiellement par un transfert de financements liés à l'activité vers des enveloppes forfaitaires.

Les financements des MIGAC ont augmenté de 5,8 % en 2008

À côté de ces financements liés à l'activité, les dotations ont aussi progressé en 2008. Ainsi, la dotation annuelle de financement relative au budget principal a augmenté de 3,8 % en 2008 (versus 2 % en 2007) et s'élève 10,3 milliards d'euros. Cette dotation finance dans leur intégralité les activités de moyen séjour (soins de suite et réadaptation), de psychiatrie ainsi que la plupart des longs séjours financés par la Sécurité sociale. En 2009, la progression de cette dotation serait moins importante (+1,5 %).

Les financements des missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation (MIGAC) versés par l'assurance maladie s'élèvent à près de 6 milliards d'euros, enregistrant une augmentation de 5,8 % en 2008. Après deux années de forte

progression (+14 % en 2006 et 2007), le rythme de progression s'infléchit donc en 2008. Il est lié à la poursuite du renforcement des enveloppes régionales d'aide à la contractualisation, à des mesures nouvelles issues essentiellement des plans de santé publique (plans Alzheimer, soins palliatifs, urgences...), ainsi qu'à des opérations techniques effectuées en fin d'exercice 2007 et liées au passage à la T2A à 100 %⁶.

En 2008, la part de ces financements au sein des produits versés par l'assurance maladie reste constante pour tous les établissements. Ainsi, ces financements qui sont concentrés pour près des deux tiers au sein des CHR représentent, pour ces derniers, plus de 20 % des financements versés par l'assurance maladie, contre 10 % pour les CH de grande et moyenne taille et 7 % pour les CH de petite taille. D'après les premières estimations pour l'année 2009, les financements des MIGAC augmenteraient de 14 %. En effet, cette augmentation de l'enveloppe est notamment due à la campagne tarifaire de 2009 qui a

été marquée par un transfert de l'enveloppe tarifaire vers la dotation des MIGAC au titre du financement de la prise en charge de la précarité et de la permanence des soins hospitaliers.

Les produits des organismes complémentaires ont augmenté de 6,6 %

La progression des autres produits de l'activité hospitalière⁷ (titre 2) se poursuit quasiment au même rythme qu'en 2007, soit une croissance de 6,6 % (graphique 3). 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 4,4 milliards d'euros. Comparativement à la croissance des produits du titre 1, l'augmentation enregistrée en 2008 est équivalente à celle de 2007. En 2008, elle provient essentiellement de la hausse des tarifs journaliers de prestations (TJP) dans les hôpitaux publics. Ces tarifs servent de base au calcul des tickets modérateurs qui sont en grande partie pris en charge par les organismes complémentaires [Garnero et Rattier, 2009]. Contrairement aux tarifs des groupes homogènes de séjours (GHS)⁸ qui sont fixés par arrêté au niveau national, les TJP peuvent être modulés par les établissements, avec l'autorisation des ARH. Pendant plusieurs années, quand les hôpitaux étaient financés par la dotation globale hospitalière, ces tarifs n'avaient pas été révisés régulièrement. Les hôpitaux publics ont réévalué les TJP pour tenir compte des coûts réels de séjour et donc des tickets modérateurs. Par ailleurs, cette progression s'explique aussi par une hausse des produits des prestations de soins délivrées aux patients étrangers, notamment au titre de l'aide médicale de l'État. Ces dernières prestations s'élèvent à 300 millions d'euros en 2008 contre 245 millions d'euros en 2007.

La part de ces montants au sein du budget principal progresse chaque année : ils représentent 7,8 % du budget principal en 2008,

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 ce stade 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)¹. 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 d'hospitalisation (ARH) 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 hospitaliers² (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 2300 GHM. Désormais, les GHM se déclinent dans la 11^e version de la classification en quatre niveaux de sévérité.

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

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

contre 7,7 % en 2007 et 7,4 % en 2006. Cette part continuerait d'augmenter de 0,1 point en 2009. Ainsi, dans les comptes de la santé, la part des organismes complémentaires dans le financement des soins hospitaliers est en constante progression depuis 2005 et atteint 5,3 % en 2008. 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) enregistrent en 2008 une progression importante de 13 % pour atteindre près de 5,4 milliards d'euros. 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 forte hausse provient essentiellement d'un apport supplémentaire de 350 millions d'euros du fonds pour l'emploi hospitalier (FEH). Ces crédits sont principalement destinés 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 dues⁹.

Les charges des hôpitaux publics ont augmenté moins vite que les produits

Les charges du secteur hospitalier ont été estimées à 63,4 milliards d'euros en 2008, dont 88 % au titre du budget principal. Contrairement aux deux années précédentes, les charges progressent moins rapidement que les produits (respectivement +5,1 % contre +5,4 % en 2008). En 2009, on observerait une tendance similaire avec une augmentation des charges de 2,5 %.

En 2008, les charges de personnel s'élèvent à 43,5 milliards d'euros,

soit une progression de 4,3 %. Cette augmentation serait moins importante en 2009 (+1,6 %). Elles représentent 69 % du total des charges et 67,4 % des charges du budget principal. Contrairement à 2007, ces charges ont augmenté en 2008 au même rythme que les produits de l'activité médicale¹⁰ et devraient progresser moins vite que les produits en 2009. Ce contrôle de la masse salariale a sans doute contribué à résorber le déficit.

En 2008, la progression des charges à caractère médical se stabilise autour de 7 % (6,9 % en 2008 et 6,6 % en 2007). Globalement, ces dépenses progressent plus vite que les produits de l'activité médicale. Elles atteignent 7,6 milliards d'euros pour le seul budget principal et représentent 13,5 %. Ces charges progresseraient de près de 4 % en 2009. 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 fortement en 2008, respectivement de 5,2 % et 13,2 %. Les montants de ces charges atteignent 5,5 milliards d'euros pour les premières et 5,3 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. En 2009, les charges du titre 3 progresseraient de 3,5 % et celles du titre 4 de 4,1 %.

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

En 2008 et 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 tard¹¹.

La part des dépenses d'investissements au sein des recettes produites par l'activité hospitalière est passée de 10,1 % à 10,9 % entre 2007 et 2008 (graphique 4). Cette part passerait à 11,3 % en 2009. Ces dépenses représentent les opérations d'investissements réalisées dans l'année (acquisitions, créations et apports d'immobilisations¹²).

Parallèlement, le renouvellement global des immobilisations, indiquant le rythme d'investissement d'un établissement, augmente de 8 % en 2007 à 8,4 % en 2008 et se stabiliserait en 2009. Il faut donc en moyenne douze années pour renouveler son patrimoine (tableau 2).

Les capacités d'autofinancement s'accroissent

Contrairement à la période 2004-2007, la capacité d'autofinancement (CAF)¹³, mesurant les ressources dégagées par l'activité courante de

9. 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.

10. 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 2,8 % en 2009.

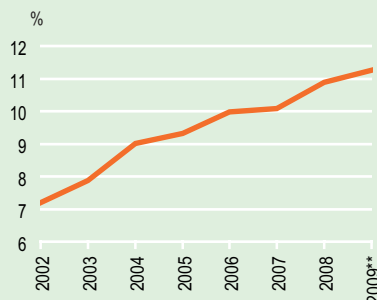
11. Source : ANAP Préfiguration – Synthèse du bilan Hôpital 2007 (août 2009).

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

13. 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.

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.

(**) Données provisoires.

Sources : DGFIP, SAE, calculs DREES.

■ 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

Lecture •

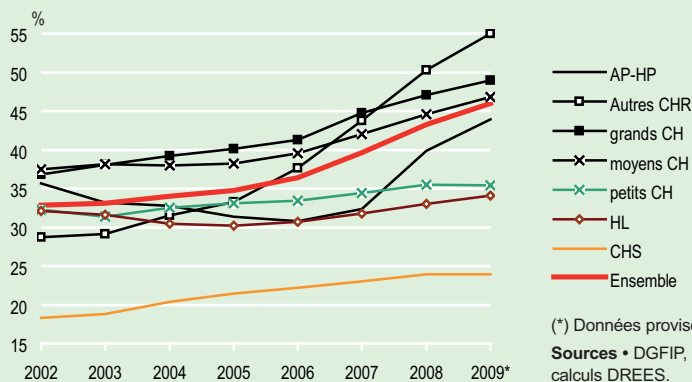
- Le ratio « taux de renouvellement des immobilisations » calcule la part des dépenses d'investissements réalisées au cours de l'année sur l'ensemble des actifs immobilisés. En d'autres termes, un ratio égal à 8 % en 2007 signifie qu'il faut 12,5 années (100 / 8) pour renouveler le patrimoine des hôpitaux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

(*) Données provisoires.

Sources • DGFIP, SAE, calculs DREES.

■ GRAPHIQUE 5

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



(*) Données provisoires.

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., Le Garrec M.-A., Duée M., 2009, Comptes nationaux de la santé 2008, Collection Études et statistiques, DREES.
- 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° 706, octobre.

l'établissement, a progressé en 2008. Ainsi, pour les hôpitaux publics, la CAF s'élève à 3,4 milliards d'euros contre 2,8 milliards en 2007. Le taux d'autofinancement, mesurant le poids de la CAF au sein de ses produits augmente, passant de 5,1 % en 2007 à 5,8 % en 2008 (tableau 2). C'est donc l'amélioration du résultat d'exploitation qui a permis aux établissements de dégager plus de sources d'autofinancement. Cette progression s'amplifierait en 2009 en raison notamment de l'amélioration du résultat net des hôpitaux publics. La capacité d'autofinancement des établissements publics de santé s'élèverait à près de 4 milliards d'euros, représentant 6,7 % des produits.

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 40 % en 2007 à 43 % en 2008 (graphique 5). Ce constat se prolongerait en 2009 où le taux d'endettement s'établirait à 46 %. 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, se maintient en 2008 et diminuerait en 2009 en raison notamment de l'augmentation de la CAF : ce ratio s'établirait à 5,4 années pour l'année 2009 (tableau 2).