



# Études et Résultats

N° 576 • juin 2007

## Indicateurs de suivi économique et financier des établissements de santé de 2002 à 2005

Cette étude a pour objet de dresser un état des lieux économique et financier des établissements de santé par catégorie, au début de la mise en place de la tarification à l'activité (T2A) dans le secteur privé à but lucratif et en amont de sa montée en charge dans le secteur public.

En 2005, plus d'un hôpital public sur trois est déficitaire, ils n'étaient qu'un sur quatre en 2002. Pour toutes les catégories d'hôpitaux publics, les investissements progressent dans le cadre du volet investissement du plan Hôpital 2007. La trésorerie des hôpitaux publics, globalement en augmentation sensible, est pour autant presque nulle pour les plus grands hôpitaux.

Dans le secteur privé, le champ d'observation se limite aux seules sociétés d'exploitation, les données relatives notamment aux sociétés civiles immobilières n'étant pas connues. Le chiffre d'affaires des cliniques de médecine chirurgie obstétrique (MCO) a progressé à un rythme plus soutenu que leurs principales charges. Cela conduit à une nette amélioration de la rentabilité des cliniques MCO qui se rapproche ainsi du niveau enregistré par les cliniques non MCO. L'investissement des cliniques MCO et hors MCO a par ailleurs fortement progressé en 2005.

**Nicolas DUMONTAUX, Béatrice LE RHUN, Marie-Caroline LEGENDRE et Sébastien VILLERET**

Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES)

Ministère du Travail, des Relations sociales et de la Solidarité

Ministère de la Santé, de la Jeunesse et des Sports

Ministère du Budget, des Comptes publics et de la Fonction publique

**C**ETTE étude a pour objet de dresser un état des lieux économique et financier des établissements de santé par catégorie au début de la mise en place de la tarification à l'activité (T2A) dans le secteur privé à but lucratif et en amont de sa montée en charge dans le secteur public (encadrés 1 et 2). Elle s'intéresse ainsi à l'évolution des principaux indicateurs de suivi économique et financier entre 2002 et 2005, lesquels forment une grille de lecture commune aux deux secteurs, sans occulter les différences de fonctionnement entre établissements et entre secteurs. L'ensemble des indicateurs proposés sont définis en annexe.

En 2005, les produits des hôpitaux publics s'élèvent à plus de 53 milliards d'euros<sup>1</sup>. Le chiffre d'affaires (CA) total des cliniques privées à but lucratif peut, quant à lui, être estimé à 11 milliards d'euros<sup>2</sup>. Les hôpitaux publics concentrent donc plus de 80 % des produits des deux secteurs. Le nombre de séjours (entrées et venues<sup>3</sup>) réalisés dans les hôpitaux publics en 2005 représente les deux tiers des séjours étudiés<sup>4</sup>, avec 14 millions, contre 7 millions pour les cliniques<sup>5</sup>; le nombre de journées d'hospitalisation s'élevait en 2005 à 87 millions pour les hôpitaux publics (76 % du total), contre 27 millions pour les cliniques. Ces derniers chiffres, obtenus à partir de données d'activité de soins, ne doivent pas être directement comparés avec celui observé sur les produits dans la mesure où les produits et charges des cliniques ne comprennent pas les honoraires des médecins libéraux.

En termes d'évolution entre 2002 et 2005, les produits moyens des hôpitaux publics ont progressé de 18 % et le CA moyen des cliniques de 27 %. Ces évolutions apparaissent cohérentes, compte tenu de la différence de périmètre des calculs, avec celle des dépenses hospitalières observées dans les comptes de la santé<sup>6</sup>.

Dans le secteur privé, le champ d'observation se limite aux seules sociétés d'exploitation, les données relatives notamment aux sociétés civiles immobilières (SCI) n'étant pas connues (encadré 1).

La comparaison directe entre les deux secteurs reste délicate : outre des différences de vocabulaire et de concepts (par exemple celui de rentabilité économique), les modes de financement des deux secteurs restent très différents malgré la montée en charge de la T2A (encadré 2). Par ailleurs, les indicateurs économiques et financiers des secteurs public et privé évoluent de manière divergente, surtout en 2005. Par exemple le résultat moyen des hôpitaux publics se détériore alors que les rentabilités économiques et financières des cliniques progressent. Cette analyse est affinée par catégorie afin de prendre en compte, en partie, la grande diversité des situations entre établissements, notamment dans le secteur public.

### Des hôpitaux aux tailles et fonctionnements économiques différents

Les hôpitaux publics sont répartis en sept catégories :

- l'Assistance publique-Hôpitaux de Paris (AP-HP qui représente 10 % des produits de l'ensemble des hôpitaux publics, soit près de la moitié des produits des autres CHR) ;
- 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 « réels »<sup>7</sup> :
  - les petits CH (moins de 20 millions d'euros), au nombre de 205 en 2005 ;
  - les moyens CH (entre 20 et 70 millions d'euros), 201 en 2005 ;
  - les grands CH (plus de 70 millions d'euros), 128 en 2005 ;
- les centres hospitaliers spécialisés dans la lutte contre les maladies mentales (CHS), 94 en 2005 ;
- les hôpitaux locaux (HL), 347 en 2005.

Les syndicats inter-hospitaliers (SIH) ont été classés dans la catégorie des 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.

Les hôpitaux publics concernés par la T2A sont l'AP-HP, les autres CHR et les CH.

1. Les indicateurs exprimés en euros sont en euros courants.

2. Une extrapolation sur le CA de la part des séjours réalisée par l'échantillon de 825 cliniques (encadré 1) a permis cette estimation.

3. Les séjours correspondent aux entrées (hospitalisation complète) et aux venues (hospitalisation partielle).

4. Le champ des établissements considérés correspond aux hôpitaux publics et aux cliniques privées à but lucratif; les établissements privés sans but lucratif en sont donc exclus.

5. Arnault S., Fizzala A., Leroux I., Lombardo P., 2006, « L'activité des établissements de santé en 2005 en hospitalisation complète et partielle », *Études et Résultats*, DREES, n° 546, décembre.

6. Les dépenses hospitalières des hôpitaux et des établissements privés à but non lucratif anciennement sous dotation globale ont progressé de 15 % entre 2002 et 2005. Celles des cliniques anciennement sous objectif quantifié national (OQN), essentiellement des cliniques privées à but lucratif, ont augmenté de 21 % sur la même période (Fenina A., Geoffroy Y., *Comptes nationaux de la santé 2005*, coll. « Études et statistiques », DREES).

7. Ces trois catégories de CH correspondent à celles retenues par la DGCP au sein de ses publications qui définit les produits « réels » comme les « crédits nets de la classe 7 du budget général (à l'exception des comptes 7584, 775, 777, 78 et 79) ».

La catégorie dont les produits sont les plus élevés est l'AP-HP, avec plus de 6 milliards d'euros en 2005. Ce montant est néanmoins surestimé à cause de la comptabilisation de flux internes entre le groupe AP-HP et les établissements le composant. La surestimation des recettes réelles de l'AP-HP peut notamment s'expliquer par le biais qu'introduit le compte 7071 (rétrocession de médicaments) au sein du compte des produits (compte 70<sup>8</sup>). Pour pouvoir comparer les catégories d'hôpitaux, les produits hors rétrocession de médicaments (produits HR) sont utilisés dans la suite de l'analyse relative aux hôpitaux, le compte 7071 a ainsi été exclu du compte 70.

D'importantes différences demeurent cependant (tableau 1). Les dix plus grands établissements publics (AP-HP et 9 autres CHR) réalisent

un quart des produits HR du secteur hospitalier. Les produits HR de l'AP-HP (5,4 milliards d'euros en 2005) sont près de mille fois plus élevés que les produits HR moyens des HL (6 millions d'euros).

Les CH<sup>9</sup> et les HL enregistrent les plus forts taux de croissance de leurs produits HR (plus de 20% entre 2002 et 2005), devant l'AP-HP et les autres CHR (12% et 14%) et les CHS (moins de 9%).

Les consommations intermédiaires, qui correspondent aux achats et aux charges externes, ne semblent pas corrélées aux produits. Il en résulte un taux de valeur ajoutée très différent selon la catégorie d'établissement. Les écarts entre catégories sont assez stables entre 2002 et 2005 (tableau 1).

Ainsi, les CHS enregistrent le taux de valeur ajoutée moyen le plus élevé (86% en 2005, soit 20 points

de plus que celui des HL). L'AP-HP est la seule catégorie dont le taux a fortement diminué (-5 points). Les consommations intermédiaires de l'AP-HP ont ainsi globalement progressé plus rapidement que leurs produits sur la période.

À l'exception des CHS, pour lesquelles les charges de personnel sont très élevées (77% des produits HR en 2005), le taux de charges de personnel décroît avec la taille<sup>10</sup> moyenne des catégories d'établissements. Ainsi les charges de personnel représentent 70% des produits HR pour les HL et les petits CH, 68% pour les CH moyens et les grands CH, 67% pour les CHR et 65% pour l'AP-HP. Jusqu'en 2004, les charges de personnel progressent moins vite que les produits HR sauf pour les HL. Les taux de charges du personnel médical sont aussi très variables entre catégories d'établissements, mais ils progressent sur l'ensemble de la période (+0,5 point entre 2002 et 2005). En 2005, ils représentent 10% des produits HR pour les hôpitaux partiellement sous T2A (encadré 2) hormis pour les petits CH (moins de 7% comme les CHS). Les charges de personnel médical sont faibles dans les HL (seulement 1%). La plupart des médecins intervenant dans les HL sont libéraux, les honoraires qu'ils perçoivent ne sont donc pas comptabilisés au sein des comptes de charges de personnel de l'établissement.

### Des hôpitaux publics déficitaires en plus grand nombre, mais rarement sur deux années consécutives

Les établissements publics ne sont pas tenus d'optimiser leur résultat net comptable. Celui-ci ne peut donc pas être analysé comme un indicateur de performance économique. En revanche, l'analyse du ratio de rentabilité économique dans le cadre d'un financement par dotation globale permet de comparer la répartition du budget global et les charges des hôpitaux. Par ailleurs, avec la montée en charge de la T2A, le financement des hôpitaux est de plus en plus lié à leur activité (encadré 2). L'examen fin des charges et des produits est donc d'autant plus important pour les établissements déficitaires.

## ENCADRÉ 1

### Champ de l'étude et sources des données

- Les données du secteur public sont fournies par la Direction générale de la comptabilité publique (DGCP). Elles sont issues des comptes de résultats et de bilans des entités juridiques des **établissements de santé de statut public** (budget principal et annexes). Une entité juridique peut inclure un ou plusieurs établissements. Ces données ont été croisées avec la Statistique annuelle des établissements (SAE 2005) afin de ne conserver que des établissements de santé. Le nombre d'hôpitaux publics s'élève à 1 006 en 2005 contre 1 032 en 2002.

- Les **cliniques privées à but lucratif** étudiées sont les entreprises codées selon la Nomenclature d'activités française (NAF) 851A (activités hospitalières) ou 851C (pratique médicale) qui ont déposé leurs liasses fiscales auprès des tribunaux de commerce et qui sont présentes dans la SAE 2005. La base d'étude comprend 825 cliniques en 2005 (906 en 2002), dont 506 en médecine chirurgie obstétrique (MCO).

Comme toute entreprise, une clinique privée peut être composée de plusieurs sociétés, notamment d'une société d'exploitation et d'une société civile immobilière (SCI). La société d'exploitation, titulaire des activités de soins, reçoit en contrepartie les recettes hospitalières. Elle verse des loyers à la SCI, propriétaire de tout ou partie des biens immobiliers.

Cette étude ne traite ici que les comptes des sociétés d'exploitation, car aucune méthodologie n'a permis jusqu'à présent de reconstituer les liens entre la société d'exploitation d'une clinique et les autres sociétés civiles y compris les éventuelles SCI qui y sont rattachées.

Le fait de ne pas pouvoir traiter les comptes des SCI représente une limite pour l'analyse économique et financière des cliniques. Ces comptes ont en effet un impact direct sur tout indicateur traitant des immobilisations et de leur financement (essentiellement taux de renouvellement des immobilisations – taux d'endettement – capacité de remboursement – fonds de roulement net global (FRNG) et donc trésorerie), mais aussi sur tous les autres indicateurs étudiés, notamment sur ceux d'exploitation, par le biais des loyers versés et des dotations aux amortissements.

- Les autres établissements du secteur hospitalier, principalement les **établissements privés à but non lucratif**, dont les centres de lutte contre le cancer (CLCC), sont pour l'instant absents de cette analyse. La DREES devrait bientôt pouvoir disposer des comptes de ces établissements et les intégrer dans l'analyse de l'année 2006.

8. En 2005, le compte 7071 (rétrocession de médicaments) représente 3,4% du compte 70 de l'ensemble des hôpitaux publics, en baisse par rapport aux années précédentes où il était plus proche de 4%. L'AP-HP tire vers le haut ce pourcentage tout au long de la période, puisque le compte 7071 y représente plus de 12% du compte 70. Après l'AP-HP, ce pourcentage chute à moins de 4% pour les autres CHR et est quasi nul pour les CHS et les HL. Cette part, statistiquement « aberrante », de la rétrocession de médicaments pour l'AP-HP explique une partie de la surestimation des produits de l'AP-HP.

9. L'évolution des produits moyens par catégorie de CH n'a pas de réelle signification puisque les catégories de CH sont définies par des valeurs seuils de produits.

10. La taille des hôpitaux publics est mesurée en fonction de leurs produits.

Le ratio moyen de rentabilité économique des catégories d'établissements partiellement sous T2A est très faible : autour de 1 % en valeur absolue en 2005, en dessous de celui des HL et des CHS, qui ne sont pas soumis à la T2A (tableau 1).

En 2005, toutes les catégories sauf les grands CH enregistrent leur niveau de rentabilité économique le plus faible sur la période. Cette même année, 667 hôpitaux publics sont excédentaires et 339 déficitaires. Ainsi, plus d'un hôpital sur trois est en déficit en 2005 contre un sur quatre en 2002. Ces déséquilibres peuvent provenir soit d'une mauvaise allocation de la dotation globale par rapport à l'activité réali-

sée, soit de charges excessives des établissements.

Un tiers des hôpitaux en déficit se trouvait déjà dans cette situation l'année précédente : en 2005, 122 établissements déficitaires l'étaient déjà en 2004. En revanche, seuls 19 établissements restent déficitaires au cours des quatre années<sup>11</sup>.

### Plan Hôpital 2007, source d'augmentation des investissements et de l'endettement des hôpitaux

Le taux de renouvellement des immobilisations a progressé entre 2002 et 2005 (de 6,5 % à 8,0 %). Depuis 2003, le volet investissement

du plan Hôpital 2007<sup>12</sup> peut expliquer cette progression. Ce taux varie selon la catégorie de 5,4 % pour l'AP-HP à 9,6 % pour les CHS (tableau 2) mais il est supérieur à celui observé en 2002 pour toutes les catégories.

En revanche, les conditions de financement de ces investissements semblent se dégrader. En 2005, la capacité d'autofinancement (CAF) des hôpitaux s'élève à 6 % de leurs produits HR (7 % en 2004) et tend à retrouver son niveau de 2002. La CAF varie selon les catégories entre 4,3 % pour l'AP-HP et 7,8 % pour les HL. Entre 2004 et 2005, elle diminue pour toutes les catégories, notamment l'AP-HP (-3 points).

11. Ce groupe de 19 hôpitaux publics est composé d'établissements appartenant à la plupart des catégories d'hôpitaux.

12. Le volet investissement du plan Hôpital 2007 prévoit de soutenir l'investissement des établissements de santé, en allouant l'équivalent de 6 milliards d'euros d'aides sur la période 2003-2007.

## ENCADRÉ 2

### Les établissements de santé et la tarification à l'activité (T2A)

Dans le cadre de la T2A nouvellement mise en place, l'activité conditionne une grande partie des ressources.

Pour les hôpitaux publics concernés par cette réforme (l'AP-HP, les autres CHR et les CH), une logique de résultats succède progressivement à une logique de moyens issue du financement par dotation globale. Le financement sous T2A est néanmoins assez faible en 2004 et 2005 : seules les activités de médecine chirurgie obstétrique (MCO), y compris la dialyse et l'hospitalisation à domicile, sont soumises à la T2A, et le taux de T2A appliqué aux séjours MCO s'élevait en 2005 à 25%<sup>1</sup>. Enfin, le financement des missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation (MIGAC), indépendantes de l'activité, représente 5 milliards d'euros en 2005, soit 10 % de l'enveloppe dévolue à la T2A. Cette étude porte donc pour les hôpitaux publics sur la période précédant la montée en charge de la T2A. Les activités de MCO (y compris la dialyse et l'hospitalisation à domicile) des cliniques privées à but lucratif sont entièrement soumises à la T2A depuis le 1<sup>er</sup> mars 2005. Les impacts économiques et financiers engendrés par la T2A sont moindres pour les cliniques car elles étaient déjà antérieurement dans une logique de résultats, du fait d'un financement mixte à l'acte et à la journée et de leur statut privé.

Ainsi, si la tarification à l'activité (T2A) a été mise en place à 100 % pour les activités MCO des cliniques, sa mise en œuvre dans les hôpitaux publics est, elle, progressive depuis 2004. Cette montée en charge de la réforme tarifaire pourrait induire des changements dans le pilotage économique et financier des hôpitaux publics.

Afin de suivre les effets de la T2A sur les établissements de santé concernés par cette réforme tarifaire, il convient de dresser un état des lieux des évolutions comptables, économiques et financières sur la base d'une grille de lecture commune fondée sur la mise en regard des systèmes comptables propres aux deux secteurs.

Toutefois, de 2002 à 2005, les modes de financement des deux secteurs restent très différents, de sorte que si les indicateurs proviennent d'une construction comptable similaire (voir annexe), leur signification ne relève pas d'une même logique, et invite à la plus grande prudence dans leur interprétation.

1. Ce pourcentage s'élève à 50 % en 2007 (contre 35 % en 2006 et 10 % en 2004).

## TABLEAU 1

### Indicateurs d'exploitation des hôpitaux publics

	Niveaux				Évolutions	
	2005	2004	2003	2002	entre 2004 et 2005	entre 2002 et 2005
<b>Produits moyens hors rétrocession de médicaments (en M d'euros courants)</b>						
Total hôpitaux publics	51	49	46	43	5,5 %	18,0 %
AP-HP	5 435	5 278	5 085	4 841	3,0 %	12,3 %
Autres CHR	447	432	412	391	3,5 %	14,3 %
Ensemble des CH	48	45	42	39	7,1 %	22,1 %
CHS	52	52	50	48	1,1 %	8,7 %
Hôpitaux locaux	6	6	6	5	6,0 %	20,2 %
<b>Taux de valeur ajoutée (en % des produits HR)</b>						
Total hôpitaux publics	76,2 %	76,7 %	77,0 %	77,2 %	-0,6	-1,1
AP-HP	73,1 %	74,6 %	75,7 %	77,8 %	-1,5	-4,7
Autres CHR	75,0 %	75,8 %	76,2 %	76,3 %	-0,8	-1,3
Grands CH	77,2 %	77,7 %	77,9 %	77,7 %	-0,6	-0,6
CH moyens	75,2 %	75,9 %	76,0 %	76,6 %	-0,7	-1,4
Petits CH	74,1 %	72,9 %	73,0 %	72,6 %	1,3	1,5
CHS	85,9 %	86,1 %	86,0 %	85,8 %	-0,2	0,1
Hôpitaux locaux	67,9 %	67,8 %	67,6 %	67,3 %	0,1	0,6
<b>Taux de charges de personnel (en % des produits HR)</b>						
Total hôpitaux publics	68,3 %	68,2 %	69,4 %	70,0 %	0,1	-1,7
AP-HP	64,9 %	64,4 %	66,8 %	66,8 %	0,5	-1,9
Autres CHR	66,7 %	66,5 %	67,6 %	68,1 %	0,2	-1,4
Grands CH	67,8 %	68,0 %	69,1 %	69,8 %	-0,2	-2,0
CH moyens	67,5 %	67,5 %	68,6 %	69,8 %	-0,0	-2,4
Petits CH	70,3 %	71,0 %	72,4 %	71,5 %	-0,7	-1,2
CHS	77,4 %	76,7 %	77,5 %	78,1 %	0,7	-0,7
Hôpitaux locaux	70,3 %	70,0 %	70,4 %	69,6 %	0,4	0,8
<b>Rentabilité économique (en % des produits HR)</b>						
Total hôpitaux publics	0,3 %	1,0 %	0,5 %	0,9 %	-0,6	-0,5
AP-HP	-1,1 %	1,6 %	-0,3 %	0,8 %	-2,8	-1,9
Autres CHR	-0,2 %	0,4 %	-0,1 %	0,5 %	-0,6	-0,7
Grands CH	0,6 %	0,4 %	0,2 %	0,4 %	0,1	0,2
CH moyens	0,6 %	0,8 %	0,6 %	0,7 %	-0,2	-0,1
Petits CH	1,1 %	2,0 %	1,6 %	2,2 %	-0,8	-1,1
CHS	1,2 %	2,3 %	1,6 %	2,0 %	-1,1	-0,8
Hôpitaux locaux	2,0 %	2,5 %	3,1 %	3,2 %	-0,5	-1,3

\* L'évolution des produits moyens par catégorie de CH n'a pas de réelle signification étant donné la construction des catégories de CH en fonction de leur taille mesurée par les produits.

Sources : DGCP, calculs DREES.

Entre 2002 et 2005, le taux d'endettement des hôpitaux augmente à un rythme lent mais régulier (35 % en 2005, contre 33 % en 2002). La plus grande part des aides allouées aux hôpitaux publics dans le cadre du volet investissement du plan Hôpital 2007 sont des aides en fonctionnement qui sont versées sous la forme d'aides aux remboursements d'emprunts. Cela permet d'expliquer l'augmentation de leur taux d'endettement, d'une part, et nuance le phénomène de dégradation des conditions de financement de leurs investissements, d'autre part. Par catégorie, le taux d'endettement des CHS (21 % en 2005) est plus faible que celui des autres catégories compris entre 30 % et 40 %.

En termes d'années de CAF, la capacité de remboursement<sup>13</sup> de toutes les catégories d'hôpitaux, qui s'améliorait entre 2002 et 2004, se détériore la dernière année (3,9 années de CAF en 2005 contre 3,1 en 2004), notamment pour l'AP-HP.

### Progression continue de la trésorerie du secteur public hospitalier

La trésorerie des hôpitaux a fortement progressé, atteignant en moyenne 2,5 milliards d'euros en 2005 contre 1,3 milliard d'euros en 2002. Elle augmente presque deux fois plus que les produits HR (graphique 1). La trésorerie équivaut à la différence entre le fonds de rou-

lement net global (FRNG) et le besoin en fonds de roulement (BFR). Le FRNG étant plutôt stable (48 jours de produits HR en 2005 contre 50 en 2002), la progression de la trésorerie s'explique ainsi par la diminution du BFR (31 jours de produits HR en 2005 contre 40 en 2002).

Il existe de fortes disparités au sein du secteur. La trésorerie des plus grands hôpitaux (AP-HP et autres CHR) est presque nulle sur la période (graphique 1). La trésorerie moyenne des autres catégories augmente régulièrement entre 2002 et 2005 : elle passe de 6 jours de produits HR à 17 jours pour les grands CH, de 13 à 22 jours pour les CH moyens, de 31 à 40 jours pour les CHS, de 30 à 49 jours pour les petits CH et de 40 à 59 jours pour les HL.

Ces écarts de trésorerie entre catégories apparaissent structurels puisqu'ils s'expliquent par la partie « stable » du bilan, c'est-à-dire le FRNG. En 2005, celui-ci est proche de 30 jours pour l'AP-HP et les autres CHR, de 50 jours pour les CH moyens et grands, de 70 jours pour les CHS, de 80 jours pour les petits CH et de 90 jours pour les HL. À l'inverse, les niveaux moyens de BFR entre catégories sont plus proches (de 24 jours pour les CHR à 35 jours pour l'AP-HP et les grands CH).

Les établissements de petite taille ont une trésorerie relativement plus importante. La trésorerie des hôpitaux partiellement sous T2A (l'AP-HP, les autres CHR et les CH) est plus faible, hormis pour les petits CH. La T2A pourrait néanmoins modifier cet écart. La logique de résultats qui lui est inhérente (encadré 2) est en effet susceptible d'inciter les établissements à dégager un niveau de trésorerie capable de combler des phases de déficits transitoires.

### Amélioration de la situation économique et financière des cliniques, principalement pour les établissements MCO, au moment de la mise en place de la T2A dans ce secteur

Depuis le 1<sup>er</sup> mars 2005, les activités de MCO des cliniques privées à but lucratif<sup>14</sup> sont financées à 100 % par la T2A.

13. La capacité de remboursement mesure le poids des dettes par rapport aux ressources internes de l'établissement.

14. Ce sont des établissements réalisant de la médecine, de la chirurgie, de l'obstétrique et de la dialyse. Les polycliniques, dont les 10 % réalisant également d'autres activités que le MCO, y sont comprises.

■ TABLEAU 2

## Indicateurs sur les investissements des hôpitaux publics et leur financement

	Niveaux				Évolutions	
	2005	2004	2003	2002	entre 2004 et 2005	entre 2002 et 2005
<b>Taux de renouvellement des immobilisations (en %)</b>						
Total hôpitaux publics	8,0%	8,0%	7,1%	6,5%	0,0	1,5
AP-HP	5,4%	5,6%	4,6%	4,4%	-0,2	1,0
Autres CHR	9,1%	8,9%	7,6%	6,8%	0,2	2,3
Grands CH	8,3%	8,0%	7,7%	7,3%	0,2	1,0
CH moyens	7,9%	7,9%	6,8%	6,2%	0,0	1,6
Petits CH	6,9%	8,1%	7,4%	6,7%	-1,2	0,2
CHS	9,6%	9,6%	9,0%	8,2%	0,0	1,4
Hôpitaux locaux	6,5%	7,1%	6,7%	6,4%	-0,5	0,2
<b>Capacité d'autofinancement (en % des produits HR)</b>						
Total hôpitaux publics	6,0%	7,2%	5,9%	5,9%	-1,2	0,1
AP-HP	4,3%	7,4%	5,9%	5,8%	-3,1	-1,5
Autres CHR	5,4%	6,8%	5,9%	5,9%	-1,4	-0,5
Grands CH	7,0%	7,2%	5,8%	5,8%	-0,2	1,2
CH moyens	6,5%	7,0%	5,9%	5,9%	-0,5	0,6
Petits CH	6,6%	7,9%	6,9%	7,1%	-1,3	-0,5
CHS	4,5%	5,9%	4,6%	4,6%	-1,4	-0,1
Hôpitaux locaux	7,8%	8,5%	9,1%	9,1%	-0,7	-1,3
<b>Taux d'endettement (en %)</b>						
Total hôpitaux publics	34,7%	34,0%	33,1%	32,9%	0,7	1,8
AP-HP	31,3%	32,8%	33,2%	35,7%	-1,5	-4,4
Autres CHR	33,3%	31,5%	29,1%	28,7%	1,8	4,6
Grands CH	40,2%	39,2%	38,1%	36,8%	1,0	3,4
CH moyens	38,2%	38,0%	38,1%	37,5%	0,3	0,7
Petits CH	33,1%	32,5%	31,4%	32,3%	0,6	0,9
CHS	21,5%	20,4%	18,8%	18,3%	1,1	3,1
Hôpitaux locaux	30,2%	30,4%	31,6%	32,1%	-0,2	-1,9
<b>Capacité de remboursement (en années de CAF)</b>						
Total hôpitaux publics	3,9	3,1	3,5	3,5	23,7%	9,9%
AP-HP	4,5	2,8	3,5	3,9	65,1%	16,7%
Autres CHR	3,5	2,5	2,6	2,6	37,2%	34,5%
Grands CH	3,8	3,5	4,0	3,9	9,7%	-2,2%
CH moyens	4,2	3,7	4,3	4,4	14,0%	-4,5%
Petits CH	4,7	3,9	4,2	4,0	20,3%	19,1%
CHS	2,8	1,9	2,1	2,0	48,5%	38,4%
Hôpitaux locaux	4,3	4,0	3,8	3,9	7,7%	10,5%

Sources • DGCP, calculs DREES.

Les comptes qui sont ici étudiés sont ceux des sociétés d'exploitation des cliniques (encadré 1). Par souci de simplification, le terme « cliniques » sera utilisé dans notre analyse pour désigner les sociétés d'exploitation des cliniques privées à but lucratif. La nette amélioration de la situation économique et financière des cliniques résulte majoritairement de celle des cliniques MCO en 2005. La situation des autres établissements, dits hors MCO<sup>15</sup>, tout en se dégradant légèrement, reste meilleure.

### Progression du chiffre d'affaires des cliniques MCO à un rythme plus soutenu que leurs principales charges

Le chiffre d'affaires<sup>16</sup> moyen (10 millions d'euros en 2005) de l'ensemble des cliniques augmente de 27% entre 2002 et 2005 (tableau 3). Cette croissance est essentiellement liée au développement de l'activité ambulatoire<sup>17</sup>, mais aussi à l'augmentation des tarifs<sup>18</sup>. Environ 6% des cliniques, toutes MCO, réalisent 25% du chiffre d'affaires cumulé. La hausse du chiffre d'affaires est nettement plus marquée pour les cliniques MCO (+32% entre 2002 et 2005) que pour les cliniques hors MCO (+16%).

En 2005, le taux de valeur ajoutée est inférieur de 10 points dans les cliniques MCO par rapport aux cliniques hors MCO. Il a augmenté entre 2002 et 2005 dans les deux secteurs, les charges et achats externes ayant progressé moins fortement que le chiffre d'affaires.

Le taux de charges de personnel est plus élevé dans le secteur hors MCO (50% du CA en 2005 contre 43% dans le secteur MCO). Il tend à diminuer sur l'ensemble de la période dans les deux secteurs, notamment dans le secteur MCO (-2,5 points contre -1 point hors MCO).

### Nette amélioration de la rentabilité des cliniques MCO en 2005

La rentabilité économique des cliniques augmente de 1,9 point entre 2002 et 2005 et de 1,1 point entre 2004 et 2005, tandis que la rentabilité financière croît respectivement de 9 et 5 points (tableau 3). En 2005, elles représentent respectivement

15. Ce sont des établissements réalisant de la psychiatrie, des soins de suite et de réadaptation, des soins divers.

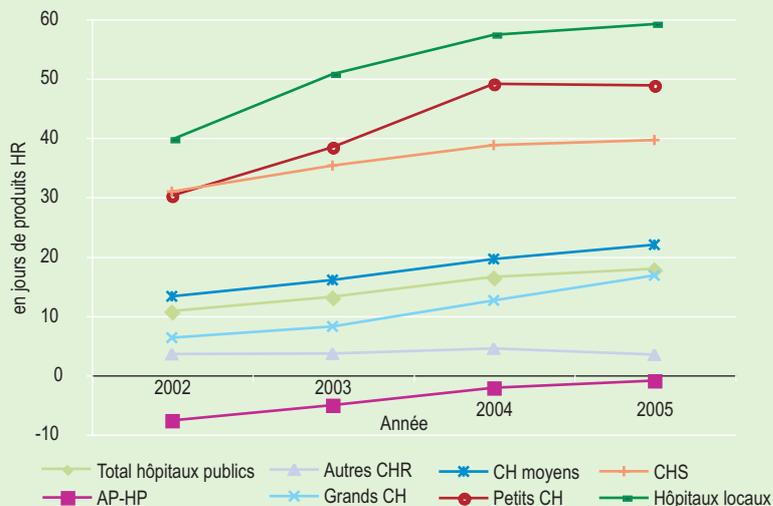
16. Depuis l'application de la T2A, le sang et certains implants oculaires sont intégrés dans le CA de toutes les cliniques alors qu'ils ne l'étaient pas toujours avant. Cela vient gonfler la croissance du chiffre d'affaires.

17. L'activité ambulatoire des cliniques a augmenté de plus de 30% entre 2002 et 2005. Cette progression s'élève à 6,5% entre 2002 et 2003 et entre 2003 et 2004 et à 15,5% entre 2004 et 2005.

18. Les tarifs des cliniques ont augmenté en moyenne de 2,6% entre 2002 et 2003, de 4,4% entre 2003 et 2004 et de 1,98% entre 2004 et 2005.

GRAPHIQUE 1

### Trésorerie des hôpitaux publics



Sources • DGCP, calculs DREES.

TABLEAU 3

### Indicateurs relatifs aux cliniques privées à but lucratif

	Niveaux				Évolutions	
	2005	2004	2003	2002	entre 2004 et 2005	entre 2002 et 2005
<b>CA moyens (en M d'euros courants)</b>						
Total cliniques privées	9925	9084	8460	7804	9,3%	27,2%
MCO	13524	12259	11290	10262	10,3%	31,8%
Hors MCO	4218	4048	3976	3653	4,2%	15,5%
<b>Taux de valeur ajoutée (en % du CA)</b>						
Total cliniques privées	57,4%	56,7%	56,4%	56,1%	0,8	1,4
MCO	55,6%	54,6%	54,2%	54,0%	1,0	1,7
Hors MCO	66,7%	66,5%	66,1%	66,1%	0,3	0,7
<b>Taux de charges de personnel (en % du CA)</b>						
Total cliniques privées	43,8%	45,0%	45,6%	46,2%	-1,2	-2,4
MCO	42,5%	43,9%	44,5%	45,1%	-1,4	-2,6
Hors MCO	50,5%	50,4%	50,9%	51,3%	0,1	-0,7
<b>Rentabilité économique (en % du CA)</b>						
Total cliniques privées	3,2%	2,1%	1,4%	1,3%	1,1	1,9
MCO	3,0%	1,6%	0,8%	0,6%	1,4	2,3
Hors MCO	4,4%	4,7%	4,3%	4,2%	-0,3	0,2
<b>Rentabilité financière (en % des capitaux propres)</b>						
Total cliniques privées	15,7%	10,8%	8,2%	6,9%	4,9	8,8
MCO	15,1%	8,4%	4,9%	3,7%	6,7	11,4
Hors MCO	18,5%	20,7%	19,4%	18,6%	-2,2	-0,1
<b>Taux de renouvellement des immobilisations (en %)</b>						
Total cliniques privées	13,3%	9,8%	10,4%	9,3%	3,5	4,0
MCO	13,1%	10,0%	10,7%	9,3%	3,2	3,9
Hors MCO	14,1%	8,7%	8,4%	9,2%	5,4	4,9
<b>Capacité d'autofinancement (en % du CA)</b>						
Total cliniques privées	6,4%	5,2%	4,8%	4,9%	1,2	1,5
MCO	6,2%	4,8%	4,3%	4,4%	1,4	1,8
Hors MCO	7,2%	6,8%	7,1%	7,1%	0,4	0,2
<b>Taux d'endettement (en %)</b>						
Total cliniques privées	38,2%	38,0%	40,3%	39,5%	0,2	-1,3
MCO	38,7%	38,9%	41,5%	40,1%	-0,2	-1,5
Hors MCO	36,0%	34,0%	34,0%	37,1%	2,0	-1,1
<b>Capacité de remboursement (en années de CAF)</b>						
Total cliniques privées	2,2	2,5	2,7	2,8	-13,6%	-20,7%
MCO	2,2	2,8	3,1	3,0	-18,5%	-25,5%
Hors MCO	2,0	1,8	1,8	2,0	9,0%	-3,6%

Sources • Diane, calculs DREES.

3,2% du CA et 15,7% des capitaux propres. Le pourcentage de cliniques déficitaires diminue, passant de 25% en 2002-2003 à 20% en 2004-2005.

Mais si la rentabilité économique progresse dans les deux secteurs entre 2002 et 2005, elle augmente plus fortement pour le secteur MCO (+2,3 points) que pour le secteur hors MCO (+0,2 point). L'année 2005 est d'ailleurs particulièrement bénéfique aux cliniques MCO (+1,4 point contre -0,3 point pour les hors MCO). Cependant le secteur hors MCO reste plus rentable que le MCO. En 2005, la rentabilité économique représente 4,4% du CA dans les établissements de ce secteur contre 3% du CA dans les établissements MCO.

La rentabilité financière des cliniques MCO décolle sur l'ensemble de la période (+11 points), atteignant 15% des capitaux propres en 2005. La hausse est particulièrement sensible la dernière année (+7 points). La rentabilité financière des établissements hors MCO de la fin de la période est la même que celle du début de période (18,5% des capitaux propres).

### Augmentation de l'investissement des cliniques en 2005

Le taux de renouvellement des immobilisations des cliniques augmente de quatre points entre 2002 et 2005 (de 9% à 13,3% du CA). Les cliniques hors MCO investissent nettement plus en 2005 qu'en 2004, alors que le taux de renouvellement de leurs immobilisations était plutôt stable les années précédentes (tableau 3). L'investissement du secteur MCO augmente lui aussi principalement entre 2004 et 2005 (10,0% du CA puis 13,1%). Ces évolutions s'inscrivent dans la logique du volet investissement du plan Hôpital 2007<sup>12</sup> qui s'applique entre 2003 et 2007.

La CAF dégagée par l'ensemble des cliniques augmente de 1,5 point sur la période : +2 points pour les cliniques MCO alors que la CAF du secteur hors MCO est stable. Cette dernière est cependant supérieure à celle des cliniques MCO, s'établissant, en 2005, à 7% du CA, contre 6% pour le secteur MCO.

Le taux d'endettement des cliniques diminue de 1 point au cours de la période. Le secteur hors MCO

est moins endetté que le secteur MCO (36% contre 39% en 2005). La capacité de remboursement<sup>13</sup> des cliniques passe de 2,8 années de CAF en 2002 à 2,2 en 2005. Elle est plus faible pour les établissements hors MCO que pour les cliniques du secteur MCO (respectivement 2 et 3 années de CAF en 2002). Mais elle se rapproche en 2005 entre ces deux catégories principalement en raison de la progression de la CAF des cliniques MCO.

### Stabilité de la trésorerie des cliniques

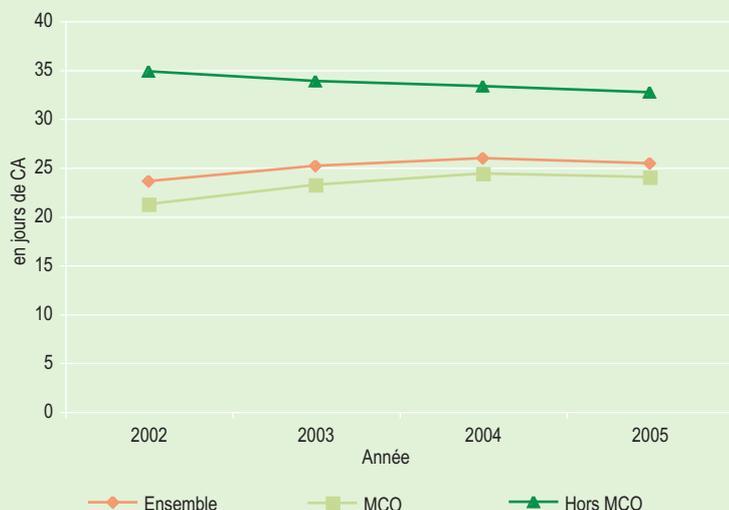
La trésorerie moyenne de l'ensemble des cliniques reste constante à 25 jours de CA entre 2002 et 2005 (graphique 2). Cette stabilité de la trésorerie, qui équivaut à la différence entre le fonds de roulement net global (FRNG) et le besoin en fonds de roulement (BFR), résulte simultanément d'une amélioration générale du FRNG et d'une dégradation relative<sup>19</sup> du BFR. Toutefois, sur l'ensemble de la période, 18% des cliniques présentent une trésorerie négative.

La trésorerie des cliniques du secteur hors MCO est supérieure à celle des cliniques MCO (respectivement 33 et 24 jours de CA en 2005). En revanche, elles ont tendance à se rapprocher sur la période : en effet, la trésorerie des cliniques MCO progresse de trois jours entre 2002 et 2005 tandis que celle des cliniques hors MCO diminue à peu près d'autant. Cette convergence s'explique par le contraste entre les deux secteurs des niveaux et des évolutions de leur FRNG et de leur BFR. En ce qui concerne le secteur MCO, le FRNG croît de 14 jours de CA sur la période, pour atteindre 7 jours en 2005, tandis que le BFR augmente de 11 jours de CA et s'élève à -17 jours en 2005. La trésorerie augmente donc de 3 points sur la période. En ce qui concerne le secteur hors MCO, le FRNG diminue de 11 jours de CA, passant à 23 jours en 2005, tandis que le BFR décroît de 9 jours, pour s'établir à -11 jours en 2005. La trésorerie diminue donc de 2 points sur la période au sein du secteur hors MCO.

19. Cette dégradation est relative puisque la valeur du BFR reste négative : les cliniques disposent en moyenne d'un excédent de court terme et n'ont ainsi pas besoin de mobiliser leurs excédents de ressources de long terme.

■ GRAPHIQUE 2

### Trésorerie des cliniques privées



Sources • Diane, calculs DREES.

## Annexe relative à la définition des indicateurs

Indicateurs	Signification	Formule comptable
Produits ou chiffre d'affaires (CA)	Mesure l'activité. Les produits ou CA correspondent essentiellement aux rémunérations perçues par un établissement de santé pour les soins qu'il prodigue (rémunérations versées par la Sécurité sociale, par les assurances maladies complémentaires ou directement par le patient)	Compte 70 (Ventes de produits fabriqués, prestations de services, marchandises) <sup>1</sup>
Valeur ajoutée (VA)	Représente un second indicateur d'activité, centré sur la valeur de l'activité produite en interne. Il correspond aux produits ou CA, complétés des productions stockées et immobilisées, dont on déduit les consommations intermédiaires (achats et charges externes)	Compte 70 (Ventes de produits fabriqués, prestations de services, marchandises) + Compte 71 (Production stockée) + Compte 72 (Production immobilisée) – Compte 60 (Achats et variations de stocks) – Compte 61 (Services extérieurs) – Compte 62 (Autres services extérieurs)
Taux de valeur ajoutée	Mesure le degré d'intégration de l'activité de l'établissement, en mettant en exergue le recours à des consommations intermédiaires, notamment l'achat de matières premières, la sous-traitance et l'intérim	VA / (Produits ou CA)
Charges de personnel	Correspondent aux charges salariales et patronales mobilisées par l'établissement pour la rémunération de ses salariés	Compte 64 (Charges de personnel) <sup>2</sup>
Taux de charges de personnel	Mesure le poids des charges de personnel par rapport à l'activité de l'établissement	(Charges de personnel) / (Produits ou CA)
Résultat net comptable (RNC)	Lorsqu'il est positif, il correspond à l'excédent dégagé par l'établissement dans le cadre de l'ensemble de son exercice comptable. Lorsqu'il est négatif, il s'agit d'un déficit	Classe 7 (Produits) – Classe 6 (Charges)
Rentabilité économique	Permet de rapporter le niveau d'excédent ou de déficit au niveau d'activité de l'établissement	RNC / (Produits ou CA)
Capitaux propres	Capitaux apportés lors de la création de l'établissement ou ultérieurement (principalement par les actionnaires pour les cliniques et par l'État pour les hôpitaux publics) ou laissés à la disposition de l'établissement en cas d'excédents	Compte 10 (Capital et réserves) + Compte 11 (Report à nouveau) + Compte 12 (Résultat de l'exercice) + Compte 13 (Subventions d'investissements) + Compte 14 (Provisions réglementées)
Rentabilité financière	Mesure les marges potentiellement dégagées en direction de leurs actionnaires pour les cliniques	RNC / (Capitaux propres)
Taux de renouvellement des immobilisations	Indique le rythme d'investissement d'un établissement	[Investissements réalisés sur la période : augmentations par acquisitions, créations, apports des comptes d'immobilisations (Comptes 20, 21, 22, 23, 26, 27)] / [Total de l'actif immobilisé brut enregistré en fin de période : solde des comptes d'immobilisations (Comptes 20, 21, 22, 23, 26, 27)]
Capacité d'autofinancement (CAF)	Mesure les ressources restant à la disposition de l'établissement à la fin de son exercice comptable pour financer son développement futur	[Classe 7 (Produits), hors Compte 775 (Produits de cessions d'éléments d'actifs), Compte 777 (Quote-part des subventions d'investissement virée au résultat de l'exercice), Compte 778 (Autres produits exceptionnels) et Compte 78 (Reprises sur amortissements et provisions)] – [Classe 6 (Charges), hors Compte 675 (Valeurs comptables des éléments d'actif cédés), Compte 678 (Autres charges exceptionnelles) et Compte 68 (Dotations aux amortissements et provisions)]
Dettes financières	Liquidités mises à disposition par les créanciers de l'établissement avec une échéance de remboursement	Compte 16 (Emprunts et dettes assimilées) + Compte 17 (Dettes rattachées à des participations) <sup>3</sup>
Taux d'endettement	Mesure le poids des dettes au sein des ressources stables de l'établissement	(Dettes financières) / [Capitaux propres + compte 15 (Provisions pour risques et charges) + Dettes financières]
Capacité de remboursement	Mesure le poids des dettes par rapport aux ressources internes de l'établissement	(Dettes financières) / CAF
Fonds de roulement net global (FRNG)	Indique essentiellement si les capitaux propres et les dettes financières permettent de financer l'actif immobilisé brut lorsqu'il est positif	(Ressources stables - Emplois stables) * 365 / (Produits ou CA)
Besoin en fonds de roulement (BFR)	Traduit essentiellement les décalages entre règlements des créances clients et des dettes fournisseurs ainsi qu'entre achats et ventes de stocks. Lorsque le BFR est négatif, les décalages à court terme entre encaissements et décaissements apporte des ressources supplémentaires à l'établissement	(Actif circulant - Passif circulant) * 365 / (Produits ou CA)
Trésorerie	Lorsque la trésorerie est positive, l'établissement dispose de liquidités. Lorsque la trésorerie est négative, l'établissement peut avoir à recourir à des financements supplémentaires à court terme (concours ou découverts bancaires)	(Trésorerie active - Trésorerie passive) * 365 / (Produits ou CA)

1. Pour les hôpitaux publics, le compte 7071 (Rétrocessions) a été exclu du compte 70 pour une comparaison plus pertinente entre catégories. Ce compte 7071 introduit en effet un biais concernant les recettes réelles de l'AP-HP (cf. supra). Cette exclusion a été effectuée pour les indicateurs du secteur public utilisant le compte 70 : taux de VA, rentabilité économique, taux de charges de personnel, CAF, FRNG, BFR et trésorerie. Par correspondance, l'équivalent du compte 7071 a également été exclu pour le secteur public des comptes de charges au sein des indicateurs utilisant le compte 60 (Achats et variations de stocks) : taux de VA, rentabilité économique et CAF.

2. Le compte 64 ne comprend ni l'intérim ni la sous-traitance.

3. Le compte 17 (dettes rattachées à des participations) existe uniquement au sein du plan comptable général (PCG) et n'a pas d'équivalent au sein de la nomenclature comptable publique M21.

### Erratum dans l'Études et Résultats 489 de mai 2006

version actualisée sur [www.sante.gouv.fr](http://www.sante.gouv.fr)

Les définitions des indicateurs de bilan fonctionnel ont été affinées depuis cette publication. La trésorerie des hôpitaux publics n'est plus simplement déduite des calculs des fonds de roulement net global (FRNG) et besoin en fonds de roulement (BFR) mais calculée directement, essentiellement à partir des comptes de classe 5 « Comptes financiers ». Cela permet de vérifier ensuite l'égalité « Trésorerie = FRNG – BFR ». Or, la définition initialement retenue pour le BFR (et plus à la marge celle relative au FRNG) n'intégrait pas certains comptes pour le secteur public, notamment de crédit, minorant ainsi mécaniquement la valeur de sa trésorerie. Les formules relatives au bilan fonctionnel n'ont pas été modifiées pour le secteur privé étant donné que les sources de données sont différentes entre les deux secteurs. La nouvelle version de l'Études et Résultats 489 de mai 2006, disponible sur le site de la DREES, prend en compte cette correction. L'égalité « Trésorerie = FRNG – BFR » n'est pas strictement vérifiée pour les hôpitaux publics compte tenu de légers déséquilibres de bilan au sein des données comptables.