



# Études et Résultats

N° 706 • octobre 2009

## En 2007, le déficit des hôpitaux publics se creuse

Entre 2005 et 2007, la situation économique et financière des hôpitaux publics s'est détériorée. Le déficit se creuse et atteint 486 millions d'euros en 2007, soit 0,9 % des produits.

L'aggravation du déficit est particulièrement marquée pour les centres hospitaliers régionaux (CHR) : leur déficit a doublé en 2007 et atteint 325 millions d'euros, soit 1,6 % des produits. Dans une moindre mesure, le déficit des grands centres hospitaliers (CH) augmente de 10 % et atteint 220 millions d'euros, soit 1,4 % des produits. Le déficit des CH de moyenne taille se stabilise : il représente 0,7 % des produits. En revanche, les CH de petite taille, les hôpitaux locaux et les centres hospitaliers spécialisés (CHS) affichent des résultats excédentaires en 2007. Selon les éléments issus des états prévisionnels de recettes et de dépenses (EPRD), le déficit des hôpitaux publics se réduirait en 2008.

Sous l'impulsion du plan Hôpital 2007, les investissements ont considérablement augmenté depuis 2002 et se stabilisent à un niveau élevé en 2007 : la part des dépenses d'investissement au sein des produits est passée de 7,2 % à 10,1 %. Parallèlement, les capacités et les conditions de financement se sont dégradées. Ainsi, la capacité d'autofinancement ne représente plus que 5,1 % des produits en 2007 contre 7,2 % en 2004. Les hôpitaux publics recourent donc davantage à l'endettement pour financer ces investissements : le niveau d'endettement, qui augmente régulièrement depuis 2003, atteint 40 % des ressources stables en 2007.

### Engin YILMAZ

Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES)  
Ministère du Travail, des Relations sociales, de la Famille, de la Solidarité et de la Ville  
Ministère du Budget, des Comptes publics, de la Fonction publique et de la Réforme de l'État  
Ministère de la Santé et des Sports

**C**ETTE étude présente la situation économique et financière des hôpitaux publics en 2007 à partir des données comptables définitives (encadré 1). Pour 2008, nous ne disposons pas encore de l'intégralité des comptes financiers. Après avoir analysé la structure des produits et des charges des hôpitaux publics, la présente étude propose un éclairage sur l'investissement hospitalier et sur son financement.

### **Le déficit des hôpitaux publics s'élève à près de 500 millions d'euros**

En 2007, le déficit des hôpitaux publics se creuse et atteint 486 millions d'euros (contre 193 millions d'euros en 2006), ce qui représente 0,9 % des produits perçus par les établissements publics de santé en 2007 (59,8 milliards d'euros). Les comptes financiers se dégradent entre 2004 et 2007 : la rentabilité économique<sup>1</sup> n'a cessé de diminuer entre 2004 et 2007, pour passer de 1 % à -0,9 % (tableau 1). Suite aux premières estimations issues du dernier état quadrimestriel, les comptes devraient connaître une amélioration en 2008 : le déficit des établissements de santé serait cantonné à près de 400 millions d'euros<sup>2</sup>.

La détérioration du résultat net comptable en 2007 est en grande partie imputable à la situation du budget principal des hôpitaux publics présentant les opérations financières des activités de court et moyen séjour et de psychiatrie. Le déficit de ce budget augmente en 2007 et atteint 689 millions d'euros contre 421 millions d'euros en 2006. Cette augmentation est partiellement compensée par l'excédent du budget annexe (de l'ordre de 200 millions d'euros). Ce dernier 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 (EPHAD), la dotation non affectée (DNA) faisant référence aux produits et charges relatifs au patrimoine, notamment foncier, de l'hôpi-

tal public et non affectée à l'activité hospitalière.

Le nombre d'hôpitaux publics en difficulté augmente chaque année. Ainsi, en 2007, un quart des hôpitaux publics enregistrent une rentabilité économique inférieure à -1 % alors qu'en 2002 ce seuil se situait à 0,2 %. Le nombre d'hôpitaux déficitaires continue d'augmenter en 2007, passant de 379 à 391. Cette augmentation concerne principalement les CHR, les grands CH et, dans une moindre mesure, les CH de taille moyenne (graphique 1). Sur les 391 établissements déficitaires enregistrant un déficit cumulé de 761 millions d'euros, les 27 CHR concentrent à eux seuls 44 % de ce déficit. Quant aux établissements excédentaires, leur résultat net comptable positif s'élève à 275 millions d'euros.

### **Des situations très contrastées selon les différentes catégories d'établissement**

Les établissements connaissent des situations économiques très variées selon leur catégorie. L'AP-HP redevient déficitaire en 2007, avec un déficit de 13 millions d'euros, soit 0,2 % des produits. Cette dégradation doit être toutefois relativisée dans la mesure où, en 2006, des opérations exceptionnelles liées à la reprise des provisions ont contribué à augmenter le résultat net comptable.

Les CHR (hors AP-HP) ont connu la plus forte dégradation de leurs comptes financiers. Leur déficit global passe de 160 millions d'euros à 311 millions d'euros en 2007. En conséquence, leur rentabilité économique chute à -2,1 %. Par rapport à 2006, trois CHR supplémentaires ont clôturé leurs comptes en déficit. Sur les 30 CHR (hors AP-HP), 26 se retrouvent donc en déficit.

Bien que toujours négative en 2007, la rentabilité économique des grands CH ainsi que des CH de taille moyenne s'est quasiment stabilisée. Ainsi, les grands CH enregistrent un déficit de 219 millions d'euros en 2007, soit 1,4 % des produits contre 1,3 % en 2006. Quant aux CH de taille moyenne, leur rentabilité économique est restée négative mais a progressé de façon modérée pour atteindre -0,7 % en 2007 contre -0,9 % en 2006. Pour les CH de

1. 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).

2. Fiche 10-3 du rapport de la Commission des comptes de la sécurité sociale de juin 2009.

petite taille, le résultat net comptable reste globalement excédentaire et représente 0,9 % des produits en 2007.

Toutes les autres catégories d'établissements restent excédentaires en 2007. Ainsi, la rentabilité économique moyenne des HL et des CHS est passée respectivement de 2,1 % à 2,3 % et de 0,4 % à 0,7 % entre 2006 et 2007.

Au sein des CHR et des grands CH, on observe une variabilité de plus en plus importante des situations économiques et financières. Ainsi, la dispersion des résultats économiques des CHR (hors AP-HP) s'est accrue dans le temps. L'ensemble du secteur enregistre une évolution à la baisse assez marquée, la rentabilité médiane passant

de -0,1 % à -1,5 % entre 2005 et 2007, mais ce mouvement est beaucoup plus prononcé pour les établissements les plus en difficulté : 10 % des établissements avaient une rentabilité économique inférieure à -1 % en 2005 et 10 % des établissements ont une rentabilité économique inférieure à -6 % en 2007 (graphique 2a).

■ TABLEAU 1

## Rentabilité économique des hôpitaux publics

En %

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

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

Sources : DGFIP, SAE, calculs DREES.

## ■ ENCADRÉ 1

### Les sources de données disponibles pour évaluer la situation financière des établissements de santé

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

#### Données comptables et financières

- Les données fournies par la Direction générale des finances publiques (DGFIP) présentent le budget des entités juridiques<sup>1</sup> des hôpitaux publics, 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 (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'hospitalisation (ARH) tous les quatre mois. Les EPRD correspondent donc

à des données provisoires qui permettent d'appréhender des premières tendances d'évolution de la situation économique et financière des établissements. Les travaux ici présentés 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 santé<sup>2</sup>. Pour chaque séjour 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 des données entre autres sur les facteurs de production de ces établissements : les équipements des plateaux techniques et les personnels intervenant. Le questionnaire se compose de bordereaux regroupés selon les thèmes suivants :
  - 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.

Ce phénomène s'observe aussi dans les CH de grande et moyenne taille. La rentabilité médiane est restée quasiment stable entre 2002 et 2005 (autour de 0,5 %), pour ensuite chuter à -0,2 % en 2006 et à -0,6 % en 2007. Ainsi, 10 % des grands CH ont une rentabilité économique inférieure à -5,5 % en 2006 et à -4,4 % en 2007, alors qu'entre 2002 et 2005, ce seuil se situait autour de -1 % (graphique 2b).

### Les produits totaux ont augmenté de 3,2 % par rapport à 2006, pour atteindre 60 milliards d'euros

En 2007, les produits totaux des hôpitaux publics s'élèvent à près de 60 milliards d'euros, soit une progression de 3,2 % depuis 2006. Cette croissance a été plus rapide que celle de l'année précédente (+2,2 %). Au sein des hôpitaux publics, l'augmentation des produits est assez homogène entre les catégories d'établissement, variant de 2,8 % pour l'AP-HP à 3,6 % pour les autres CHR.

Le budget principal, qui présente les opérations financières des activités de court et moyen séjour et de psychiatrie, représente près de 88 % du budget total du secteur public hospitalier, soit 52,4 milliards d'euros. Les produits du budget principal augmentent à un rythme de 3,2 %. Le montant du budget annexe s'accroît à un rythme quasi similaire (+3,4 %), pour atteindre 7,3 milliards d'euros.

Il est difficile de décomposer à ce stade la progression de ces produits en effets prix et volume, dans la mesure où tous les segments de l'activité des établissements hospitaliers ne sont actuellement pas soumis aux mêmes règles : la tarification à l'activité (encadré 3) s'applique au secteur de court séjour MCO (médecine, chirurgie, obstétrique) et combine des tarifs et dotations budgétaires ; en outre, elle ne concerne pas l'activité de moyen séjour SSR (soins de suite et de réadaptation) ou l'activité de psychiatrie, pour lesquelles l'ancien mécanisme de la dotation globale est toujours appliqué.

### L'assurance maladie contribue à hauteur de 82 % du budget principal des hôpitaux publics

Avec 43,6 milliards d'euros, les produits versés par l'assurance maladie<sup>3</sup> (groupe 1) ont progressé de 2,4 % en 2007 contre 2,5 % en 2006. Ces produits constituent l'essentiel des produits du budget principal, hormis pour les hôpitaux locaux ; ils représentent en moyenne 81,7 % des produits et varient de 73,4 % pour les petits CH à 88,1 % pour les CHS.

Les financements reçus de la part de l'assurance maladie au titre de l'activité<sup>4</sup> progressent modérément (+0,5 %), pour atteindre 28,1 milliards d'euros. Enfin, la dotation annuelle de financement relative au budget principal a augmenté de 2 % et s'élève à 9,9 milliards d'euros. Cette dotation finance dans leur intégralité les activités de moyen séjour (soins de suite et de réadaptations), de psychiatrie ainsi que la plupart des longs séjours financés par la sécurité sociale.

3. En 2007, le taux de conversion mis en place lors de la réforme de la T2A a été supprimé. Ce taux correspondait à un taux moyen de prise en charge par l'assurance maladie. Cette suppression implique la facturation directe et individuelle de l'activité à l'assurance maladie. Or, des raisons techniques ont perturbé certaines de ces transmissions, pesant ainsi sur les recettes des établissements.

4. Les financements reçus au titre de l'activité concernent les activités MCO. Ils incluent les produits de la tarification des séjours ainsi que la dotation annuelle complémentaire (DAC). Les produits des médicaments et des dispositifs médicaux facturés en sus du séjour ainsi que les forfaits annuels font partie des financements à l'activité.

## ENCADRÉ 2

### Champ de l'étude

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

L'analyse est par ailleurs essentiellement centrée sur leur budget principal. Le budget, défini comme un document comptable distinguant recettes et dépenses, est composé pour les hôpitaux publics d'un budget principal et de budgets annexes. Ces derniers décrivent les opérations ayant trait à l'exploitation de certains services dont il est nécessaire d'isoler l'activité ou qui font l'objet d'un financement spécifique. Il s'agit notamment des unités de soins de longue durée (USLD), des établissements hébergeant des personnes âgées (EPHAD), de la dotation non affectée<sup>1</sup> (DNA).

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

Les groupes de produits sont :

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

Les groupes de charges sont :

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

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 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-groupes<sup>2</sup>. Les produits hors rétrocession (HR) ont ainsi été retenus pour la suite de l'analyse, ce qui revient à soustraire le compte 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 générés par le 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) 2006 afin de conserver uniquement les établissements de santé. Le nombre d'hôpitaux publics s'élève à 997 en 2007 contre 1003 en 2006.

Les hôpitaux publics peuvent être par convention répartis en sept catégories :

- L'AP-HP ;
- Les 30 autres centres hospitaliers régionaux (CHR) ;
- Les centres hospitaliers (CH), eux-mêmes classés en trois catégories selon leur taille, mesurée à partir de leurs produits :
  - les grands CH (plus de 70 millions d'euros) ;
  - les moyens CH (entre 20 et 70 millions d'euros) ;
  - les petits CH (moins de 20 millions d'euros) ;
- Les hôpitaux locaux (HL) ;
- Les centres hospitaliers spécialisés dans la lutte contre les maladies mentales (CHS)<sup>3</sup>.

## Les financements MIGAC ont augmenté de 14 %

Les financements des missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation (MIGAC) versés par l'assurance maladie s'élèvent à 5,7 milliards d'euros, enregistrant une progression de 14 % en 2007, de même ampleur que l'augmentation de ces mêmes crédits en 2006.

Bien plus que la revalorisation des crédits existants, la forte croissance de l'enveloppe MIGAC est notamment due à l'élargissement du périmètre des MIGAC. Ainsi, en 2007, près des deux tiers de l'évolution des dotations régionales MIGAC s'expliquent par quatre grandes catégories de mesures nouvelles<sup>5</sup> :

- le financement de mesures relevant de plans et de programme de santé publique (plan Cancer, plan Urgences, plan Périnatalité, plan Santé mentale, plan Maladie rare, plan Alzheimer, Plan de lutte contre la douleur, etc.) ;

- les mesures relatives aux personnels qui retracent notamment la quote-part dans la dotation MIGAC des mesures salariales générales ainsi que d'autres mesures ciblées ;

- la poursuite du plan Hôpital 2007 et des aides à l'investissement ;

- le renforcement des marges de manœuvre allouées aux agences régionales d'hospitalisation (ARH) par le biais d'une politique d'enveloppes régionales de contractualisation.

Ces financements sont concentrés pour près des deux tiers au sein des CHR. Ils représentent plus de 20 % des financements versés par l'assurance maladie pour ces établissements contre 10 % pour les CH de grande et moyenne taille et 7,2 % pour les petits CH.

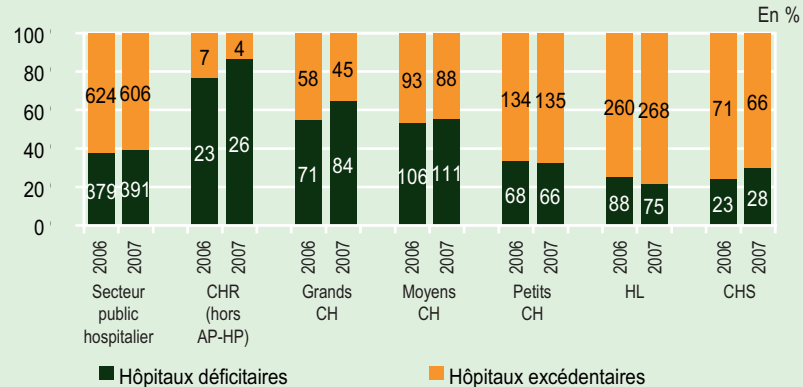
Par ailleurs, l'AP-HP ainsi que les CH de grande et moyenne taille enregistrent de fortes hausses des dotations MIGAC (respectivement +20,3 %, +18,3 % et +17,5 %). Quant aux CHR, les dotations MIGAC ont progressé de 7,9 % en 2007.

## Les produits des organismes complémentaires ont augmenté de 6,1 %

La progression des produits de l'activité hospitalière à la charge des patients et surtout des organismes complémentaires<sup>6</sup> (groupe 2), bien que moins dynamique qu'en 2006, se poursuit en 2007

GRAPHIQUE 1

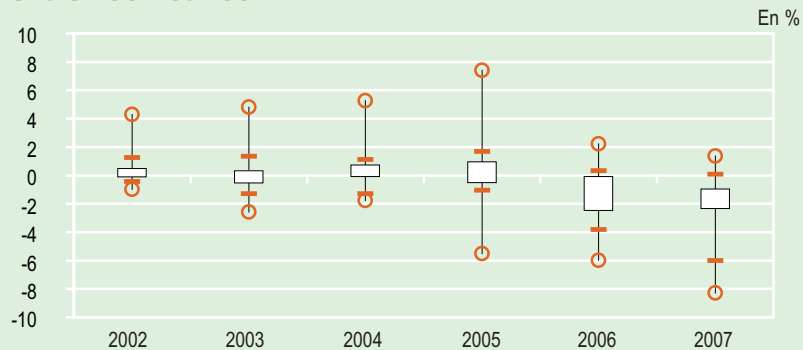
### Répartition des hôpitaux excédentaires et déficitaires en 2006, en 2007



Sources : DGFIP, SAE, calculs DREES.

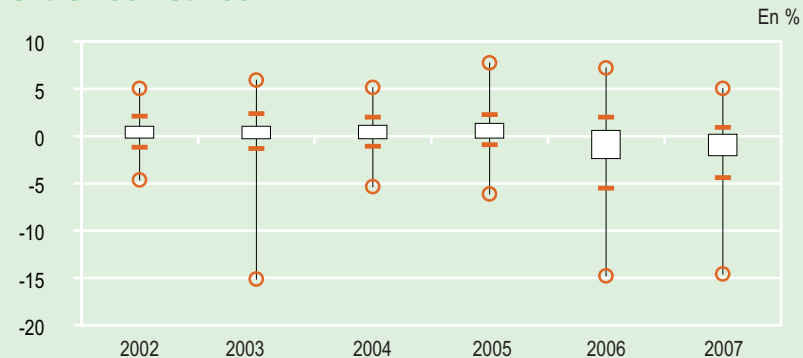
GRAPHIQUE 2a

### Dispersion de la rentabilité économique des CHR entre 2002 et 2007



GRAPHIQUE 2b

### Dispersion de la rentabilité économique des grands CH entre 2002 et 2007



**Lecture** - La boîte contient 50 % des grands CH ayant une rentabilité économique comprise entre le premier quartile et le deuxième quartile. L'extrémité de chaque « moustache » correspond d'un côté au premier décile, c'est-à-dire que 10 % des grands CH ont une rentabilité économique inférieure à ce seuil, de l'autre côté au dernier décile. Les points de chaque côté correspondent au minimum et au maximum de rentabilité économique.

Sources : DGFIP, SAE, calculs DREES.

5. Le détail des montants alloués au titre de ces mesures nouvelles figurant dans les circulaires des 21 février 2007, 9 mai 2007 et 5 novembre 2007 est détaillé dans le Rapport 2008 au Parlement sur les missions d'intérêt général et l'aide à la contractualisation des établissements de santé. [http://www.sante.gouv.fr/hm/dossiers/migac/rapport\\_2008.pdf](http://www.sante.gouv.fr/hm/dossiers/migac/rapport_2008.pdf)

6. D'après l'enquête sur la santé et la protection sociale (ESPS) 2006 de l'IRDES, 92,8 % de la population française est couverte par une assurance maladie complémentaire.



7. Pour plus d'information : rapport d'information de la mission d'évaluation et de contrôle de la sécurité sociale (MECSS) sur la répartition du financement de l'assurance maladie depuis 1996 et sur les transferts de charges entre l'assurance maladie obligatoire, les assurances complémentaires et les ménages (<http://www.senat.fr/rap/r07-385/r07-3851.pdf>) et rapport de la Cour des comptes sur la sécurité sociale en 2006 (<http://www.ccomptes.fr/fr/CC/documents/RELFSS/RapportSecuriteSociale2006.pdf>).

8. Définition du groupe homogène de séjours (GHS) : chaque séjour de patient est résumé dans un groupe homogène de malade (GHM) en fonction de critères précis (durée de séjour, diagnostics principaux, actes pratiqués et diagnostics associés). À chaque GHM, correspond un GHS.

9. 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 au cours de la période 2003-2007.

(+6,1 % contre +20 % en 2006). Le montant de ces produits atteint 4,1 milliards d'euros en 2007. Ils représentent désormais 7,7 % du budget principal contre 7,4 % en 2006. Cette part est comprise entre 4,5 % pour les CHS et 9,1 % pour l'AP-HP. Cette progression de la part des organismes complémentaires s'explique notamment par les hausses du forfait journalier à l'hôpital (+1 euro au 1<sup>er</sup> janvier de chaque année) et des tarifs journaliers de prestations (TJP) dans les hôpitaux publics<sup>7</sup>. 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)<sup>8</sup> qui sont fixés au niveau national par arrêté, 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.

Ces résultats confirment l'analyse des comptes de la santé : la part des organismes complémentaires dans le

financement des soins hospitaliers est en constante progression depuis 2005 et atteint 5,2 % en 2007 [Fenina *et al.*, 2008]. Elle était de 4,5 % en 2005 et de 4,8 % en 2006.

Les autres produits (groupe 3) ont crû de 7 % pour atteindre près de 5 milliards d'euros en 2007. Ils représentent 10,6 % du budget principal des hôpitaux publics. Ils comprennent notamment les recettes subsidiaires relatives à l'exploitation (vente de produits fabriqués, production immobilisée, etc.), les produits financiers et les produits exceptionnels. Les HL se distinguent des autres catégories : 40 % de leurs produits proviennent de ce groupe.

### Les charges des hôpitaux publics ont augmenté plus vite que les produits

Les charges du secteur hospitalier ont été estimées à 60,3 milliards d'euros en 2007, dont 88 % comptabilisées en budget principal. Comme en 2006, les charges progressent plus rapidement que les produits (respectivement +3,7 % contre +3,2 % en 2007).

Les charges de personnel s'élèvent à 41,7 milliards d'euros, soit une progression de 3,7 %. Elles représentent 69 % du total des charges. Pour le seul budget principal, elles s'élèvent à 37

milliards d'euros. Elles restent donc prépondérantes pour toutes les catégories d'établissements.

En 2007, les charges à caractère médical (groupe 2) progressent plus rapidement qu'en 2006 (+6,9 % contre +3,2 %). Elles atteignent 7,2 milliards d'euros pour le seul budget principal et représentent 13,3 %. Cette augmentation concerne principalement les CHR (hors AP-HP) : la part de ces dépenses dans l'ensemble des charges du budget principal passe de 17,1 % à 17,7 % en 2007. Elle reste assez stable pour les autres catégories et varie de 2,5 % pour les CHS à 15,5 % pour l'AP-HP.

Les charges à caractère hôtelier et général (groupe 3) ainsi que les charges d'amortissements et frais financiers progressent modérément (respectivement +0,8 % et 2,1 %).

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

Au cours de la période 2002-2007, sous l'impulsion du plan Hôpital 2007<sup>9</sup>, l'effort d'investissement des hôpitaux publics a considérablement augmenté et se stabilise à un niveau élevé en 2007. Ainsi, la part des dépenses d'investissements au sein des recettes générées par l'activité hospita-

## ENCADRÉ 3

### La tarification à l'activité (T2A)

En 2007, la réforme du financement au sein des établissements publics de santé continue à se mettre en place progressivement. S'appliquant pour le moment aux seules activités de court séjour (médecine, chirurgie et obstétrique - MCO), ce système repose à la fois sur une tarification à l'activité et sur une dotation pour les missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation (MIGAC)<sup>1</sup>. Pour le premier volet, la mise en place a été progressive : la part de financement liée à la T2A est passée de 25 % à 35 % entre 2005 et 2006 et s'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 % et 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 réadaptation) restent financées pour le moment sous forme de dotation annuelle.

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

## GRAPHIQUE 3

### Évolution de l'effort d'investissement\* des hôpitaux publics entre 2002 et 2007



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

Sources • DGFIP, SAE, calculs DREES.

lière est passée de 7,2 % à 10,1 % (graphique 3).

Le renouvellement global des immobilisations, indiquant le rythme d'investissement d'un établissement, augmente au sein des hôpitaux publics. En d'autres termes, pour les hôpitaux publics en 2007, il faut en moyenne 12,5 années pour renouveler son patrimoine, alors qu'il fallait un peu plus de 15 années en 2002 (tableau 2).

### Les capacités d'autofinancement restent positives mais se réduisent

Parallèlement à l'augmentation importante des investissements, la capacité des hôpitaux publics à les financer à partir des flux d'exploitation diminue entre 2004 et 2007 (tableau 2). Leur capacité d'autofinancement (CAF)<sup>10</sup>, mesurant les ressources générées par l'activité courante de l'établissement, se dégrade en 2007.

Ainsi, pour les hôpitaux publics, la CAF passe de 3,5 milliards d'euros en

2004 à 2,8 milliards d'euros en 2007. Le taux d'autofinancement, mesurant le poids de la CAF au sein des produits, chute également, passant de 7,2 % en 2004 à 5,1 % en 2007. La diminution de l'autofinancement au sein des hôpitaux publics signifie que les établissements dégagent de moins en moins de ressources d'autofinancement par rapport à leurs produits et qu'en conséquence, une part de plus en plus importante de ces mêmes produits est consacrée aux dépenses courantes. La diminution de la CAF des hôpitaux est à mettre en parallèle avec la dégradation de leur situation économique et financière entre 2004 et 2007. Ainsi, cette diminution concerne essentiellement les CHR : leur CAF passe de 6,3 % à 4,9 % entre 2006 et 2007 pour l'AP-HP et de 5 % à 3,9 % pour les autres CHR.

### L'endettement continue de progresser

Depuis 2003, l'endettement des hôpitaux publics a augmenté 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 33 % en 2002 à 40 % en 2007 (graphique 4).

Par ailleurs, le ratio d'endettement des hôpitaux publics, qui mesure le nombre d'années d'autofinancement nécessaire au remboursement total de la dette, se dégrade considérablement en 2007, passant de 4,6 années en 2006 à 5,6 années en 2007 (tableau 2).

Au sein des hôpitaux publics, le taux d'endettement des CHR (hors AP-HP) est assez proche de celui des grands et moyens CH (respectivement 43,7 %, 44,7 % et 42 %). Toutefois, au cours de la période 2002-2007, l'augmentation de l'endettement a été particulièrement marquée pour les CHR (hors-AP-HP) : alors qu'en 2002, leur taux d'endettement était assez bas par rapport aux grands et moyens CH (28,7 % contre 36,8 % et 37,5 %), leurs niveaux se rejoignent en 2007.

<sup>10</sup>. 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 non liées à des opérations de gestion courante sont exclues du calcul de la CAF.

■ TABLEAU 2

### Indicateurs d'investissements des hôpitaux publics entre 2002 et 2007

	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
Évolution 2002/2007	1,5	-0,9	+60,8 %
Évolution 2006/2007	-0,2	-0,4	+22,2 %

#### 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.

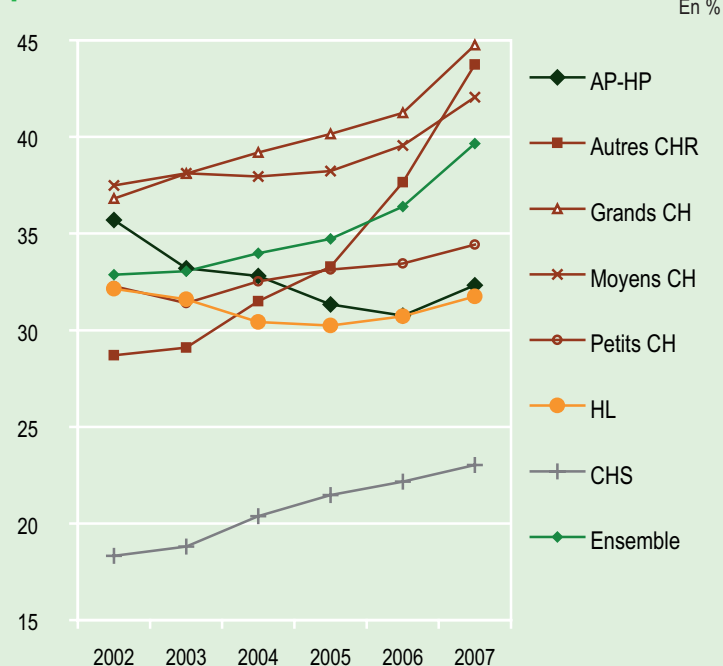
- La capacité d'autofinancement (CAF) mesure les ressources générées par l'activité courante de l'établissement.

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

Sources • DGFIP, SAE, calculs DREES.

■ GRAPHIQUE 4

### Évolution du taux d'endettement des hôpitaux publics entre 2002 et 2007

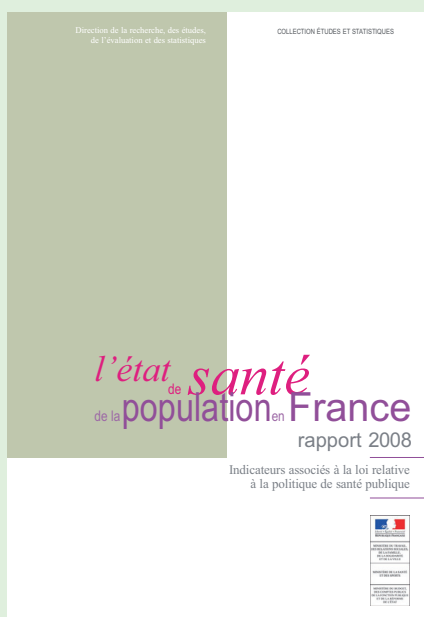


Sources • DGFIP, SAE, calculs DREES.

## ■ 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, à paraître.
- Fenina A., Geffroy Y., Duée M., 2008, « Comptes nationaux de la santé 2007 », *Document de travail*, série Statistiques, DREES, n° 126, septembre.
- 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.

# L'ÉTAT DE SANTÉ DE LA POPULATION EN FRANCE rapport 2008



Cet ouvrage fournit en 2008 une vision d'ensemble de l'état de santé de la population en France. Il constitue le troisième rapport de suivi des objectifs associés à la loi relative à la politique de santé publique du 9 août 2004, après une première édition en 2006.

Il a vocation à documenter le Haut conseil de la santé publique (HCSP) installé depuis mars 2007 pour préparer l'évaluation de la loi de santé publique du 9 août 2004. Ce rapport a été préparé, sous la coordination de la DREES, par un ensemble de partenaires, producteurs de données dans le champ de la santé (ADEME, AFSSA, AFSSAPS, Agence de la biomédecine, Assurance maladie, DARES, DGS-EA, DREES, InCa, INPES, INRETS, INSEE, INSERM, InVS, IRDES, OFDT, ONISR, UFSBD, USEN/CNAM). Il fait suite au travail d'un groupe d'experts qui, durant une année, sous l'égide de la DGS et de la DREES, a réuni à la fois ces principaux producteurs de données et des experts de chacun des thèmes retenus par la loi. Ce groupe a défini de façon opérationnelle les indicateurs pertinents et d'ores et déjà disponibles permettant le suivi des objectifs associés à la loi, tout en identifiant et précisant les besoins d'informations complémentaires. Le rapport de définition des indicateurs issu de ce travail a été rendu public en juillet 2005.

À paraître à la Documentation française

Consultable sur :

<http://www.sante.gouv.fr/drees/santepop2008/santepop2008.htm>