

# Note de conjoncture Finances hospitalières

## Résultats 2009 et grandes tendances 2010

### Éditorial

Les comptes de 2009 confirment le retournement de tendance constaté en 2008 : après plusieurs années de dégradation, la situation financière des hôpitaux publics s'améliore. En particulier, les marges d'exploitation (marge brute, capacité d'autofinancement), pour l'ensemble des hôpitaux, ont renoué avec une évolution positive et le déficit s'est résorbé pour partie. Toutefois, à l'échelon individuel, plusieurs établissements restent dans une situation financière fragile, marquée par un déficit élevé et une trésorerie tendue.

Les investissements poursuivent une croissance soutenue sous l'impulsion des plans Hôpital 2007 et 2012. L'autofinancement confirme sa première place comme source de financement des investissements, devant le recours à l'endettement qui, pour la première année depuis le début de la relance de l'investissement en 2003, marque un palier.

### Compte simplifié des établissements publics de santé

En milliards d'euros	2007	2008	2008 /2007 (en %)	2009	2009 /2008 (en %)
<b>Exploitation (tous comptes de résultat confondus)</b>					
<b>Produits réels d'exploitation</b>	<b>60,3</b>	<b>63,5</b>	<b>+ 5,3</b>	<b>65,5</b>	<b>+ 3,2</b>
dont Produits courants d'exploitation (1)	59,6	62,7	+ 5,2	64,7	+ 3,2
<b>Charges réelles d'exploitation</b>	<b>57,4</b>	<b>60,1</b>	<b>+ 4,6</b>	<b>61,6</b>	<b>+ 2,5</b>
dont Charges courantes d'exploitation (2)	56,2	58,7	+ 4,4	60,1	+ 2,5
Marge brute (1-2 = 3)	3,4	4,0	+ 17,9	4,5	+ 13,7
<i>Résultat des op. réelles fin.et except. (4)</i>	- 0,5	- 0,6	- 19,2	- 0,6	+ 3,1
<b>Capacité d'autofinancement (3+4 = 5)</b>	<b>2,9</b>	<b>3,4</b>	<b>+ 17,7</b>	<b>3,9</b>	<b>+ 16,9</b>
<i>Résultat des opérations d'ordre et produits de cession (6)</i>	- 3,3	- 3,7	- 10,9	- 4,1	- 12,0
Résultat de l'exercice (5+6)	- 0,5	- 0,3	+ 29,6	- 0,2	+ 36,8
<b>Tableau de financement</b>					
<b>Emplois d'investissement (hors dette) (7)</b>	<b>5,7</b>	<b>6,4</b>	<b>+ 12,9</b>	<b>6,9</b>	<b>+ 7,3</b>
Investissement direct	5,6	6,3	+ 13,1	6,8	+ 6,8
Autres dépenses	0,0	0,0	- 3,6	0,1	+ 75,6
<b>Ressources d'investissement (hors dette) (8)</b>	<b>3,4</b>	<b>3,9</b>	<b>+ 13,1</b>	<b>4,6</b>	<b>+ 18,9</b>
Capacité d'autofinancement	2,9	3,4	+ 17,7	3,9	+ 16,9
Dotations et subventions	0,3	0,3	+ 6,2	0,4	+ 15,9
Autres recettes	0,3	0,2	- 28,9	0,3	+ 60,3
<b>Besoin de financement (7-8)</b>	<b>2,2</b>	<b>2,5</b>	<b>+ 12,6</b>	<b>2,2</b>	<b>- 10,6</b>
Endettement (9)	2,4	3,1	+ 28,2	3,1	+ 0,9
<i>Emprunts</i>	4,0	5,0	+ 22,3	5,2	+ 5,0
<i>Remboursements</i>	1,7	1,9	+ 13,8	2,1	+ 11,6
<b>Variation du fonds de roulement (9-7+8)</b>	<b>0,2</b>	<b>0,5</b>	<b>+ 251,4</b>	<b>0,8</b>	<b>+ 53,9</b>

Source : DGFiP, 2010

## Sommaire

<b>Repères méthodologiques</b>	<b>3</b>
Note méthodologique	3
Repère 1 : les catégories d'établissements, leur nombre et leur poids budgétaire	4
Repère 2 : les comptes de résultat et leur poids budgétaire	5
<b>Finances publiques - Assurance maladie</b>	<b>6</b>
ONDAM 2009	6
Perspectives 2010 et 2011	8
Loi de programmation des finances publiques pour les années 2011 à 2014	8
<b>Établissements publics de santé</b>	
<b>Redressement des marges d'exploitation</b>	<b>8</b>
Produits réels d'exploitation	10
Charges réelles d'exploitation	11
Effet ciseaux positif	14
Marges d'exploitation en hausse	15
<b>Établissements publics de santé</b>	
<b>Poursuite de l'effort d'investissement et recours à l'endettement</b>	<b>20</b>
Dépenses d'investissement direct	20
Effort d'investissement et taux de vétusté	22
Moyens de financement	23
Dette	24
<b>Établissements de santé privés non lucratifs</b>	
Note réalisée par la FEHAP	27



## Lexique des abréviations utilisées dans la Note :

AC	Aide à la contractualisation
ANAP	Agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux
AP-HP	Assistance Publique – Hôpitaux de Paris
ARH	Agence régionale de l'hospitalisation ; devenue ARS (agence régionale de santé) après application de la loi HPST du 21 juillet 2009
CAF	Capacité d'autofinancement
CCSS	Commission des comptes de la sécurité sociale
CET	Compte épargne-temps
CH	Centre hospitalier
CHRU	Centre hospitalier régional / universitaire
CRP	Compte de résultat principal
CRA	Compte de résultat annexe
DAF	Dotation annuelle de financement
DMI	Dispositifs médicaux implantables
DNA et SIC	Dotation non affectée et services industriels et commerciaux
EHPAD	Établissement hébergeant des personnes âgées dépendantes
EPRD	État des prévisions de recettes et de dépenses
EPS	Établissement public de santé
EPSM	Établissement public de santé mentale
ETP	Équivalent temps plein
FEH	Fonds pour l'emploi hospitalier
FHF	Fédération hospitalière de France
FMESPP	Fonds de modernisation des établissements de santé publics et privés
GVT	Glissement vieillesse technicité
HL	Hôpital local
IAF	Insuffisance d'autofinancement
IFSI	Institut de formation en soins infirmiers
LFPF	Loi de programmation des finances publiques
LFSS	Loi de financement de la sécurité sociale
MIGAC	(dotation pour couvrir les) missions d'intérêt général et aide à la contractualisation
ODMCO	Objectif de dépenses en médecine, chirurgie et obstétrique
ONDAM	Objectif national de dépenses d'assurance maladie
OQN	Objectif quantifié national
SAE	Statistique annuelle des établissements de santé
SIH	Syndicat interhospitalier
SSR	Soins de suite ou de réadaptation
T2A	Tarification à l'activité
USLD	Unité de soins longue durée

## Renseignements :

Dexia Crédit Local

Direction des Études - Pôle Santé France et Europe

1, passerelle des Reflets - Tour Dexia La Défense 2 - TSA 92202

92919 La Défense Cedex - Tél. : 01 58 58 75 73

Mail : etudes-research@dexia.com

# Repères méthodologiques

## Note méthodologique

La Note de conjoncture de Dexia Crédit Local, réalisée par la Direction des Études pour la partie relative aux hôpitaux publics, utilise les données des comptes financiers des établissements publics de santé, centralisés par la Direction générale des finances publiques (DGFIP). Elle s'appuie également sur les différents rapports publiés par la Cour des comptes, le Sénat, l'Assemblée nationale ou l'Observatoire économique de l'hospitalisation publique et privée, sur les comptes publiés par la sécurité sociale et sur les données de la SAE.

À la fin de la Note, une synthèse de la situation financière des hôpitaux privés non lucratifs sur 2008 et 2009, réalisée par la FEHAP, vient enrichir l'analyse des finances hospitalières.

La nomenclature comptable M21 a été refondue en 2006 pour tenir compte notamment de la mise en place du nouveau système de financement des activités de court séjour, la tarification à l'activité (T2A). Des changements majeurs, comme la création ou la suppression de comptes, perturbent l'analyse de certains agrégats financiers sur la période 2005-2009.

Les principales difficultés rencontrées dans l'analyse des comptes et les retraitements opérés le cas échéant sont les suivants :

- les comptes enregistrant les remboursements sur frais de personnel (comptes 63..9 et 64..9) ont été créés en 2006, sans correspondance avec des comptes antérieurs. Ils ont été traités, dans cette Note, comme des produits et non comme des réductions de charges ;
- la nomenclature comptable relative aux produits versés par l'assurance maladie (titre 1 du compte de résultat principal) comme ceux de l'activité hospitalière (titre 2 du compte de résultat principal) ayant été complètement revue, suivant une correspondance non exhaustive (deux comptes supprimés en 2006 pouvant correspondre à un seul nouveau compte), l'analyse de l'évolution des recettes sur une période longue est malaisée. Par conséquent, l'analyse ne peut se faire qu'à des niveaux agrégés ;

- les comptes de variation de stocks étant accessibles uniquement en débits nets des crédits (comptes 603), ils sont intégrés ici systématiquement en charges, quel que soit le signe. Dans la présentation de l'EPRD, les opérations sur ces comptes sont ventilées : les crédits (annulation du stock en début d'exercice) figurent en produits et les débits (constatation du stock en fin d'année) en charges. Par conséquent, les totaux de produits et de charges (titre III des charges et des produits) peuvent être sous-estimés ou surestimés par rapport à d'autres présentations. En revanche, les calculs de marges (marge brute, CAF et résultat) ne sont pas impactés ;
- les comptes de l'AP-HP n'ont pas été retraités des flux internes entre établissements géographiques de l'hôpital. Le total des produits et celui des charges sont probablement surestimés.

Les données financières présentées ici n'intègrent pas les retraitements jugés utiles par la Cour des comptes pour garantir la fiabilité des comptes des hôpitaux (voir ses rapports sur l'application de la loi de financement de la sécurité sociale, septembre 2007 et septembre 2010). La Cour des comptes avait notamment relevé dans ses rapports les problématiques suivantes : l'enregistrement non exhaustif des reports de charges et des charges à payer, des produits à recevoir mal estimés à la baisse comme à la hausse, des dotations aux amortissements et provisions sous évaluées ou inexistantes, des charges indues imputées sur les budgets principaux en faveur des budgets annexes etc.

## Repère 1 : les catégories d'établissements, leur nombre et leur poids budgétaire

Fin 2009, les établissements publics de santé (EPS) recensés dans la base de la DGFIP, étaient au nombre de 1 046 dont 32 centres hospitaliers régionaux universitaires (CHRU) y compris l'AP-HP, 486 centres hospitaliers (CH), 90 établissements de santé mentale (EPSM), 357 hôpitaux locaux ou assimilés (HL) et 81 syndicats interhospitaliers et autres établissements (SIH).

Le nombre d'EPS se réduit chaque année, quelques établissements disparaissant, à la suite soit de fusion de deux EPS soit de transformation d'hôpitaux en EHPAD (établissement hébergeant des personnes âgées dépendantes).

La catégorie des CHRU compte depuis 2007 un membre de plus, le CHR de La Réunion, qui regroupe les établissements du centre hospitalier Félix Guyon et du groupe hospitalier Sud Réunion. Notons toutefois que dans la base DGFIP, les comptes de ces deux établissements sont toujours tenus séparément.

La catégorie des CH, la plus nombreuse (486 établissements), comprenant des centres hospitaliers généraux comme des petits hôpitaux, a été subdivisée en trois sous-catégories en fonction de la taille budgétaire de 2007 (montant des produits réels d'exploitation du budget principal) : moins de 20 millions d'euros (171 établissements), de 20 à 70 millions d'euros (186) et plus de 70 millions d'euros (129).

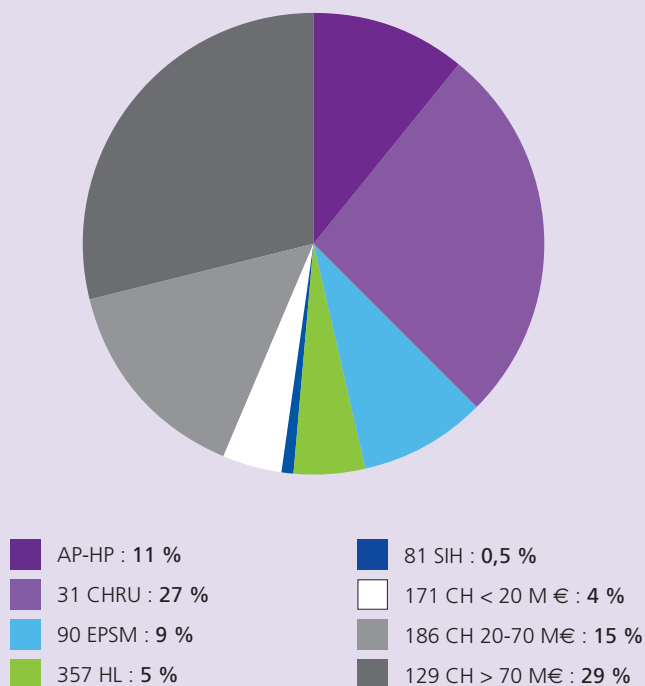
La catégorie des HL comprend, outre tous les hôpitaux locaux, quelques petits centres hospitaliers dont l'activité et la taille budgétaire les assimilent à ces derniers. Elle compte 357 établissements qui présentent une relative homogénéité, ce qui explique qu'elle n'a pas été ventilée. La catégorie des HL compte de moins en moins d'établissements, du fait de transformations régulières en EHPAD et de quelques fusions.

Parmi la petite centaine d'établissements classés par la DGFIP en SIH et autres (principalement des IFSI), une demi-douzaine a été reclassée dans la catégorie des CH, lorsque l'activité à caractère sanitaire et la taille budgétaire le justifiaient. Notons alors que la catégorie « SIH » ainsi constituée regroupe des établissements dont le profil financier est atypique du fait de leur activité non sanitaire (logistique, informatique etc.). C'est la raison pour laquelle ces établissements ne font pas l'objet de présentation en tant que catégorie à part mais font tout de même partie de l'ensemble EPS. Par ailleurs, la création de SIH étant interdite depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2005, cette catégorie d'EPS tend à diminuer.

Ces effets de champ invitent à une grande prudence dans l'analyse des données, notamment pour les évolutions par catégorie d'EPS. Le choix a été fait, dans cette Note, de travailler à champ constant, les hôpitaux locaux ou SIH ayant disparu en 2009 étant ainsi retirés des données pour 2006, 2007 et 2008. Il n'en reste pas moins que les hôpitaux ayant fusionné ou ayant été exceptionnellement rattachés à un autre établissement ont pu alors changer de catégorie.

Il est important de considérer le poids budgétaire de chaque catégorie d'EPS avant d'examiner en détail la conjoncture financière d'ensemble. Les CHRU, avec l'AP-HP, contribuent pour plus du tiers aux dépenses hospitalières (38 %), tandis que les hôpitaux locaux, bien que très nombreux, n'en représentent que 5 %. Les CHRU et les plus grands CH réunis, pesant pour deux tiers des dépenses, ce sont ces établissements qui vont expliquer, en large partie, les évolutions financières du secteur.

Poids budgétaire des catégories d'établissements publics de santé



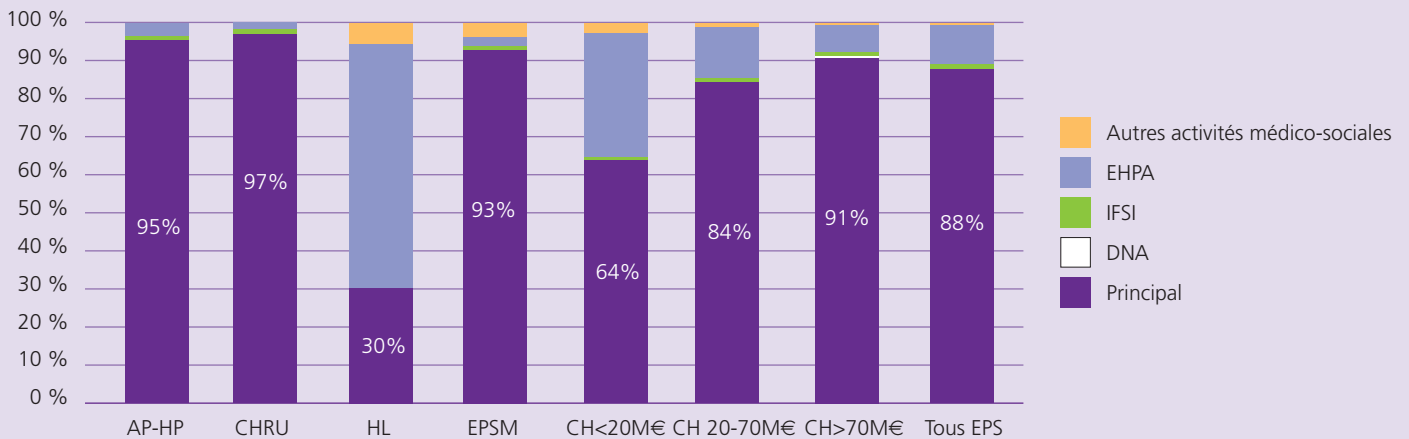
Source : DGFIP, 2010

## Repère 2 : les comptes de résultat et leur poids budgétaire

Les comptes d'exploitation des EPS sont tenus en comptes de résultat distincts par type d'activité. Le compte de résultat principal, qui retrace les opérations d'exploitation des activités de court et moyen séjour ainsi que de psychiatrie, regroupe 88 % du total des dépenses. Les comptes de résultat annexes retraçant les activités d'hébergement des personnes âgées (EHPA) arrivent loin derrière : ils représentent à peine 10 % du total des charges. Les autres comptes relatifs aux activités de gestion de patrimoine (DNA : dotation non affectée), de formation (IFSI : institut de formation en soins infirmiers) et médico-sociales, ont des poids budgétaires très faibles, respectivement 0,1 %, 1 % et 1 %.

D'une catégorie d'établissements à l'autre, cette répartition des charges d'exploitation par compte de résultat évolue fortement. Les hôpitaux locaux (HL) ayant une offre orientée vers la prise en charge des personnes âgées, leur budget EHPA est majoritaire au détriment du budget principal. Inversement les CHRU, ayant vocation à prendre en charge les courts séjours, ont un budget principal prédominant.

Poids budgétaire des comptes de résultat pour chaque catégorie d'établissements en 2009



Source : DGFiP, 2010

# Finances publiques - Assurance maladie

## Constats et perspectives

### ONDAM 2009

La loi de financement de la sécurité sociale (LFSS) pour 2009 avait fixé l'objectif national de dépenses d'assurance maladie (ONDAM) à 157,6 milliards d'euros. Ce montant correspond à une augmentation de 3,3 % des dépenses par rapport aux dépenses de l'exercice

2008, telles qu'elles étaient prévues en septembre 2008. Cet objectif a été dépassé d'environ 450 millions d'euros, les dépenses dans le champ de l'ONDAM s'étant élevées à 158,1 milliards d'euros. La croissance des dépenses s'établit ainsi dans la continuité des exercices antérieurs (+ 3,5 %). Le dépassement est imputable en grande partie aux établissements de santé.

### Bilan de l'ONDAM 2009 : Évolutions et dépassements

BILAN 2009, en milliards d'euros	Base 2009 réactualisée* (1)	Montant des dépenses 2009 Constat provisoire**(2)	Taux d'évolution (2)/(1)	Sous-objectifs 2009 (3)	Dépassement (2) - (3)
Soins de ville	70,9	73,2	+ 3,2 %	73,2	0,0
Établissements de santé	67,5	69,9	+ 3,5 %	69,4	0,6
Établissements et services médico-sociaux	13,3	14,0	+ 14,1 %	14,1	- 0,2
Autres prises en charge	1,0	1,0	+ 0,8 %	0,9	0,0
<b>ONDAM TOTAL</b>	<b>152,7</b>	<b>158,1</b>	<b>+ 3,5 %</b>	<b>157,6</b>	<b>0,5</b>

Source : d'après le Rapport de la Commission des comptes de la sécurité sociale (CCSS), septembre 2010  
 \* réalisations 2008 connues en septembre 2010 et ramenées au champ de celles de 2009  
 \*\* réalisations 2009 connues en septembre 2010, elles sont encore susceptibles d'évoluer

### L'ONDAM hospitalier 2009

Le sous-objectif ONDAM hospitalier 2009 a été fixé à 69,4 milliards d'euros (FMESPP compris), soit un taux d'augmentation de 3,2 %. Il a été dépassé d'environ 550 millions d'euros, portant les dépenses afférentes aux établissements de santé (publics et privés) à 69,9 milliards d'euros, en progression de 3,5 % par rapport à la base 2009 actualisée. Les établissements anciennement sous dotation globale contribuent pour environ 300 millions d'euros à ce dépassement et les cliniques privées pour moins de 200 millions d'euros (source : *Rapport de la Commission des comptes de la sécurité sociale, septembre 2010*).

Pour les établissements de santé tarifés à l'activité, les dépassements se concentrent assez logiquement sur l'enveloppe ODMCO (objectif de dépenses en médecine, chirurgie et obstétrique), dans la mesure où elle dépend directement de l'activité des hôpitaux, structure d'activité (*case-mix*) et volume. Les dépassements, selon l'Observatoire économique de l'hospitalisation publique et privée (Note semestrielle de juin 2010), ont pour origine d'une part les conséquences du déploiement de la nouvelle classification des séjours, la version 11, qui a consisté à faire évoluer la structure du tarif, et d'autre part le surcroît d'activité dans les derniers mois de 2009 du fait de l'épidémie de grippe A (H1N1).

### Bilan de l'ONDAM hospitalier 2009 : Évolutions et dépassements

BILAN 2009, en milliards d'euros	Base 2009 réactualisée** (1)	Montant des dépenses 2009 Constat provisoire*** (2)	Taux d'évolution (2)/(1)	Sous-objectifs 2009 (3)	Dépassement (2) - (3)
ODMCO	42,4	43,7	+ 3,0 %	43,1	0,5
ODMCO public****	33,1	34,0	+2,8 %	33,6	0,4
ODMCO privé****	9,3	9,7	+ 3,6 %	9,5	0,1
MIGAC (public et privé)	6,6	7,7	+ 16,3 %	7,7	0
DAF (public)	14,3	14,3	- 0,3 %	14,3	0
USLD (public et privé)	1,3	1,2	- 12,4 %	1,2	0
OQN PSY/SSR (privé)	2,1	2,2	+ 8,3 %	2,2	0
<b>ONDAM Hospitalier (hors dépenses non régulées et FMESPP)*</b>	<b>66,7</b>	<b>69,0</b>	<b>+ 3,4 %</b>	<b>68,5</b>	<b>0,5</b>

Source : d'après le Rapport de l'observatoire économique de l'hospitalisation publique et privée, juin 2010  
 \* le montant des dépenses non régulées est de l'ordre de 650 millions d'euros, ce qui explique, en partie, l'écart entre la ligne « Établissements de santé » du bilan 2009 établi par la CCSS et la ligne « ONDAM hospitalier » du bilan 2009 établi par l'observatoire économique de l'hospitalisation publique et privée. Le tableau ci-dessus ne tient pas compte non plus du FMESPP. Enfin, les données n'ont pas été établies à la même date  
 \*\* réalisations 2008 établies par l'observatoire en juin 2010  
 \*\*\* réalisations 2009 établies par l'observatoire en juin 2010  
 \*\*\*\* ici, le terme de « public » désigne l'ensemble des établissements publics de santé et les établissements de santé privés antérieurement sous dotation globale ; le terme de « privé » désigne les établissements de santé privés antérieurement sous OQN (objectif quantifié national), soit les cliniques privées

Détail de l'ONDAM hospitalier 2009 pour les établissements de santé antérieurement sous dotation globale\* : Évolutions des dépenses

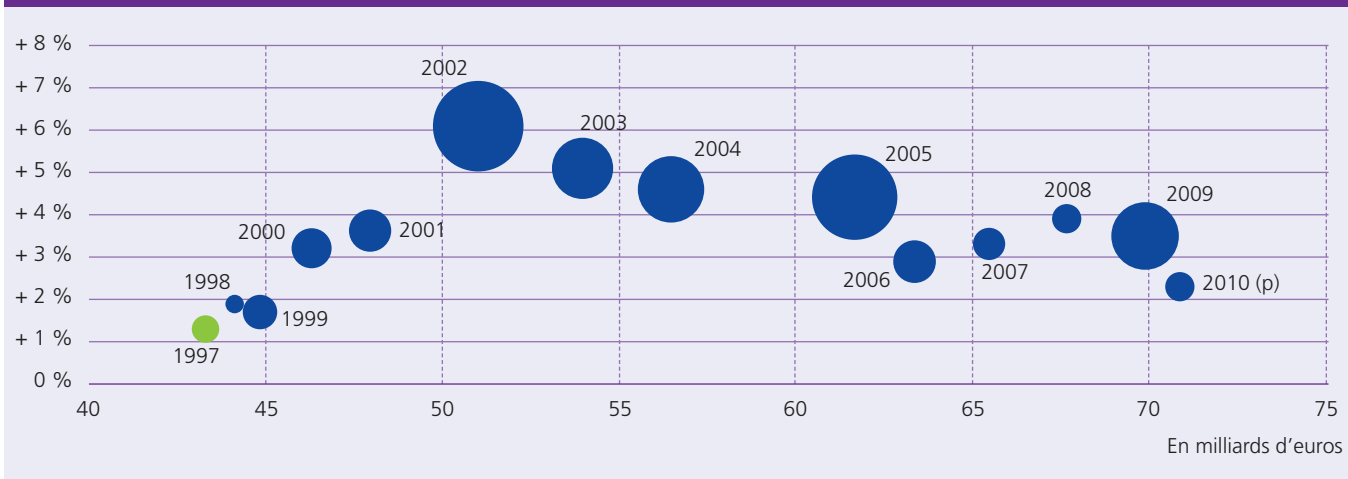
BILAN 2009, en milliards d'euros	Réalisations 2008	Réalisations 2009	Taux d'évolution 2009/2008
Actes tarifés	29,737	30,408	+ 2,3 %
Médicaments et DMI	2,394	2,604	+ 8,8 %
Forfaits annuels	0,926	0,965	+ 4,1 %
<b>Total ODMCO Public</b>	<b>33,058</b>	<b>33,976</b>	<b>+ 3,6 %</b>
MIGAC (public et privé) **	6,604	7,678	+ 16,3 %
DAF (public)	14,320	14,275	- 0,3 %
USLD (public et privé) **	1,352	1,185	- 12,4 %

Source : d'après le Rapport de l'observatoire économique de l'hospitalisation publique et privée, juin 2010

\* les sources documentaires ne permettent pas de distinguer les EPS des établissements privés de santé financés antérieurement par dotation globale

\*\* la part des établissements ex-OQN dans les dotations MIGAC et USLD est marginale, de l'ordre de 1%

Évolution de l'ONDAM hospitalier depuis 1997, son taux d'évolution et ses dépassements



Source : d'après les Rapports de la Commission des comptes de la sécurité sociale, de 1998 à 2010

(p) : prévision

Lecture du graphique : en abscisses figure le niveau des dépenses constaté (en milliards d'euros) et en ordonnées le taux d'évolution associé ; la taille des bulles représente l'ampleur du dépassement (en bleu) ou de la sous-consommation (en vert)

## Perspectives 2010 et 2011

### ONDAM 2010 : modéré et quasi respecté

L'ONDAM 2010 a été fixé à 162,4 milliards d'euros, en augmentation de 3,0 % par rapport au niveau de dépenses attendues pour 2009. Le sous-objectif de dépenses des établissements de santé a bénéficié d'un taux d'augmentation moindre, + 2,8 %, pour s'établir à 71,2 milliards d'euros (source : circulaire de la campagne tarifaire des établissements de santé, mai 2010).

#### Détail de l'ONDAM hospitalier 2010, selon la campagne tarifaire

En milliards d'euros	Sous-objectifs 2010	Taux d'évolution
ODMCO	44,299	+ 2,67 %
MIGAC	8,142	+ 2,83 %
DAF	14,43	+ 2,12 %
OQN PSY / SSR	2,354	+ 3,63 %
USLD	1,025	+ 6,96 %
FMESPP	0,264	+ 38,53 %
<b>ONDAM hospitalier</b>	<b>71,2</b>	<b>+ 2,8 %</b>

Source : circulaire n° DGOS /R1/DSS/2010/177 du 31 mai 2010 relative à la campagne tarifaire 2010 des établissements de santé

L'année 2010 a été marquée par une exécution de l'ONDAM conforme à l'objectif voté, grâce notamment à des mesures nouvelles visant à compenser le risque de dépassement alors estimé par le Comité d'alerte en mai 2010 à 600 millions d'euros. En effet, le risque de dépassement prévisionnel attribuable pour sa majeure partie aux établissements de santé (environ 500 millions d'euros) sera compensé par plusieurs mesures, notamment la non déléation d'une partie des dotations MIGAC (missions d'intérêt général et aide à la contractualisation) et FMESPP pour un montant d'environ 400 millions d'euros, montant qui avait été mis en réserve à cet effet (voir encadré ci-dessous).

Les réalisations 2009 de l'ONDAM hospitalier se sont avérées quelque peu supérieures aux prévisions qui avaient servi à la construction de l'ONDAM 2010 ; aussi le taux d'évolution final entre dépenses 2010 (prévisions établies en septembre 2010) et dépenses 2009 (réalisations actualisées en septembre 2010) est-il bien inférieur au taux d'évolution initial, à savoir + 2,3 % contre + 2,8 %. Ce resserrement du taux de croissance des ressources versées par l'assurance maladie aux établissements de santé peut poser la question de la capacité des hôpitaux publics en 2010 à maintenir la croissance de leurs dépenses en-deçà de ce taux.

### ONDAM 2011

L'ONDAM 2011 s'établit à 167,1 milliards d'euros, en progression de 2,9 % par rapport aux réalisations prévisionnelles 2010.

Le sous-objectif de dépenses des établissements de santé a bénéficié d'un taux d'augmentation moindre, + 2,8 %, pour s'établir à 72,9 milliards d'euros.

Ce taux d'évolution est conforme à la volonté de réduire les dépenses publiques. C'est le taux prévu dans la loi de programmation des finances publiques (LFPF) pour les années 2011 à 2014 (voir *infra*). Conformément aux recommandations de M. Raoul Briet (voir encadré ci-dessous), 530 millions d'euros de crédits seront mis en réserve, et leur déléation sera conditionnée au respect de l'ONDAM.

La construction de l'ONDAM hospitalier 2011 est basée sur un taux d'évolution tendancielle des dépenses afférentes aux établissements de santé avant mesures d'économie de + 3,3 %. Une économie de l'ordre de 300 millions d'euros est prévue, notamment par la poursuite de la convergence tarifaire, permettant de ramener le taux d'évolution de ce sous-objectif de + 3,3 % à + 2,8 %.

#### Détail de l'ONDAM hospitalier 2011, selon la campagne tarifaire

En milliards d'euros	Sous-objectifs 2011	Taux d'évolution
ODMCO	45,596	+ 2,75 %
MIGAC	8,294	+ 3,10 %
DAF	14,729	+ 2,23 %
OQN PSY / SSR	2,444	+ 3,35 %
USLD	1,040	+ 1,84 %
FMESPP	0,348	+ 31,73 %
<b>ONDAM hospitalier</b>	<b>72,450</b>	<b>+ 2,8 %</b>

Source : DGOS, campagne tarifaire 2011 (hors champ non régulé)

## Loi de programmation des finances publiques pour les années 2011 à 2014

La loi de programmation des finances publiques (LFPF) pour la période 2011-2014 adoptée le 28 décembre 2010 est la seconde de ce type, elle actualise la première, adoptée en février 2009, qui portait sur les années 2009 à 2012. Dans le cadre des engagements européens de la France, la loi détaille la programmation du solde des administrations publiques et de la dette publique sur les quatre prochaines années, avec pour objectif principal un retour progressif à l'équilibre des comptes publics. La mise en œuvre de cette projection s'appuie sur l'adoption d'un ensemble de règles relatives à la maîtrise des dépenses et au désendettement. Ces règles concernent non seulement l'État (couvert par le projet de loi de finances) et la sécurité sociale (couvert par le projet de loi de financement de la sécurité sociale - PLFSS) mais aussi les collectivités territoriales, l'assurance-chômage et les régimes complémentaires de retraite, soit au total près de 1 000 milliards d'euros de dépense publique.

Les dépenses d'assurance maladie qui représentent près de 15 % des dépenses des administrations publiques font l'objet de plusieurs articles dans cette loi de programmation. Pour partie, ces derniers sont issus des préconisations du groupe de travail sur le pilotage des dépenses d'assurance maladie présidé par Raoul Briet, dont le rapport a été remis en avril 2010 (voir encadré).

La loi projette de limiter la progression de l'ONDAM à 2,9 % en 2011 puis 2,8 % à partir de 2012.

L'article 12 de la loi modifie l'article L6141-2-1 du Code la Santé Publique afin d'introduire le principe d'encadrement du recours à l'emprunt des EPS. Les modalités d'application de ce principe seront déclinées ultérieurement par voie réglementaire. Selon l'évaluation préalable de cet article, le dispositif s'appuiera probablement sur une série de ratios d'endettement accompagnés de valeurs seuil (ratio d'indépendance financière, ratio de durée apparente de la dette, etc.).

## Rapport du groupe de travail sur le pilotage des dépenses d'assurance maladie présidé par Raoul Briet

À l'issue de la première session de la conférence nationale sur le déficit public, tenue le 28 janvier 2010, Raoul Briet a été chargé de présider un groupe de travail sur le pilotage des dépenses d'assurance maladie. Ce groupe s'est vu confier une double mission : d'une part, réfléchir à de nouveaux outils de suivi de la dépense permettant de disposer le plus tôt possible en cours d'année d'informations fiables sur les risques de dépassement de l'ONDAM et, d'autre part, proposer des mécanismes capables de corriger l'évolution de la dépense en cours d'année de façon efficace, lorsque celle-ci est plus dynamique que prévu.

Partant du constat des dépassements réguliers de l'ONDAM depuis sa mise en place en 1997, le groupe a identifié un certain nombre de faiblesses structurelles aux trois stades que sont l'élaboration et le vote de l'ONDAM, le suivi infra-annuel et la gestion préventive du risque de dépassement, et enfin la mise en œuvre de mesures correctrices en cas d'alertes. Les travaux du groupe ont abouti à la formulation de 10 propositions visant à corriger ces faiblesses. Toutes ont été validées. La plupart ont été reprises dans le PLFSS 2011 ou la loi de programmation des finances publiques.

En particulier, on peut citer :

- augmenter la fréquence des avis obligatoires du Comité d'alerte (créé par la loi du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie) en prévoyant un premier avis dès la mi-avril (incidences des résultats connus de l'année antérieure sur le respect de l'ONDAM de l'année en cours) ;
- abaisser progressivement le seuil d'alerte à 0,5 % de l'ONDAM d'ici 2012-2013, soit environ un dépassement de 0,8 milliard d'euros ;
- instaurer des mécanismes systématiques de mises en réserve en début d'année de dotations s'apparentant à des crédits budgétaires.

À noter que la mesure de mise en réserve a été opérationnelle dès l'année 2010 pour assurer le respect de l'ONDAM 2010 : plus de 500 millions d'euros ont été mis en réserve en cours d'année. Le rapport du groupe de travail avait identifié pour le sous-objectif hospitalier les dotations FMESPP et MIGAC, soit près de 16,5 % de l'ONDAM hospitalier, comme assiette potentielle susceptible d'être soumise à régulation.

En 2011, les réserves seront de 530 millions d'euros.

# Établissements publics de santé

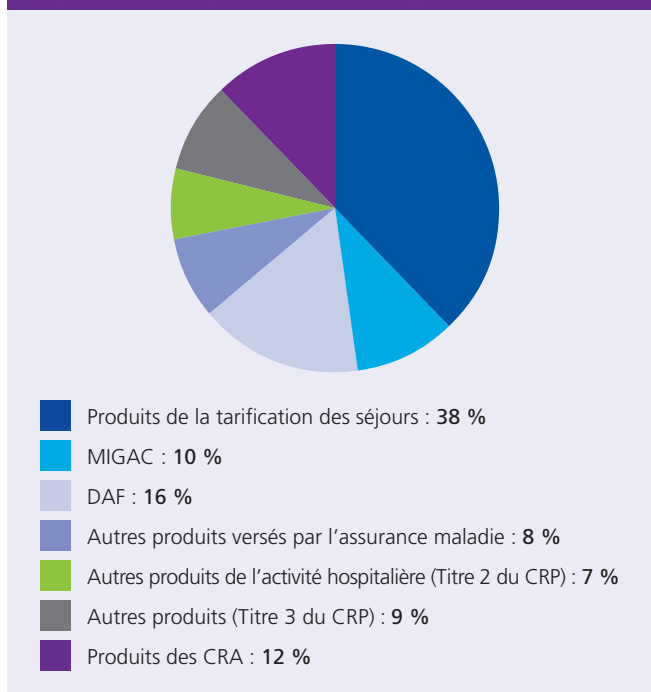
## Redressement des marges d'exploitation

En 2009, les produits et les charges d'exploitation amorcent une nette décélération. Comme en 2008, les produits progressent plus vite que les charges : ils augmentent respectivement de 3,2 % et 2,5 %. Ce décalage de taux de croissance se traduit par un net redressement de la marge brute et de la capacité d'autofinancement. Le déficit recule fortement pour atteindre environ 200 millions d'euros.

### Produits réels d'exploitation

En 2009, les produits réels d'exploitation<sup>1</sup> ont progressé de 3,2 % pour atteindre 65,5 milliards d'euros, soit un rythme de croissance bien inférieur à celui de l'année précédente (+ 5,3 %).

### Répartition des produits réels d'exploitation en 2009



CRA : compte de résultat annexe ; CRP : compte de résultat principal  
Source : DGFIP, 2010

Les produits versés par l'assurance maladie au compte de résultat principal (titre 1), avec 47,1 milliards d'euros, représentent la grande majorité des produits réels d'exploitation tous budgets confondus (72 %). Ils pèsent donc fortement dans l'évolution des produits hospitaliers. En 2009, les produits versés par l'assurance maladie ont progressé de 3,6 % contre 3,9 % l'année précédente. Ils sont constitués pour moitié des produits de la tarification des séjours (51 %), suivis de la dotation annuelle de financement (DAF, 22 %), des dotations MIGAC (15 %) et des autres produits (12 %, dont les forfaits, les médicaments et les dispositifs médicaux facturés en sus).

Les taux de progression de ces différentes ressources sont encadrés par les textes réglementaires relatifs à la campagne tarifaire 2009 des établissements de santé (voir *supra* les taux d'évolution), mais des évolutions techniques comme le transfert de prises en charge d'une enveloppe à l'autre troublent la lecture des évolutions et surtout celles des comparaisons entre réalisations et objectifs<sup>2</sup>. Fin 2009, selon les données de la DGFIP, les produits de la tarification des séjours sont restés quasiment stables (24,2 milliards d'euros), + 1,3 %, tandis que la DAF (10,6 milliards d'euros) a progressé de 2,3 %, les dotations MIGAC (6,9 milliards d'euros) versées aux EPS de 15 % et les autres produits de 3,4 %. La forte évolution des dotations MIGAC, bien supérieure à celle votée, accompagnée d'une faible évolution des produits de la tarification, reflètent le changement de périmètre des tarifs, à savoir le transfert vers les dotations MIGAC de l'enveloppe finançant la prise en charge de certains coûts relatifs à la permanence des soins hospitalière et la prise en charge de patients en situation de précarité. Hors ce transfert, le taux d'évolution de la dotation nationale des MIGAC se réduit à 5,2 %<sup>3</sup>. Les EPS bénéficieraient d'environ 90 % des MIGAC dont deux tiers sont versés au profit des CHRU (AP-HP comprise). Au sein des dotations MIGAC, les crédits d'aide à la contractualisation (la partie « AC ») ont fortement progressé ces dernières années compte tenu de la volonté de développer les marges de manœuvre des ARH/ARS. Ils représentent un peu moins d'un tiers de l'enveloppe MIGAC. Près de la moitié des crédits AC (44 %) sont destinés à accompagner les investissements et un peu moins d'un quart (21 %) financent le soutien aux restructurations et l'accompagnement des établissements déficitaires<sup>4</sup>.

Les autres produits de l'activité hospitalière (titre 2 du compte de résultat principal) représentent 4,6 milliards d'euros, soit 7 % des produits réels d'exploitation. Ils continuent de progresser à un rythme soutenu, + 4 %, bien que moindre comparé aux taux d'évolution des années précédentes (+ 6,3 % en 2008 et + 6,4 % en 2007). Ces recettes correspondent pour leur grande majorité aux frais restant à la charge des patients ou de leurs compagnies d'assurance (forfaits journaliers et tickets modérateurs). Le forfait journalier hospitalier est fixé par arrêté au niveau national et n'a pas été revalorisé depuis 2007.

En revanche, les hôpitaux, ayant gardé la liberté de fixer les tarifs journaliers de prestations, ont revalorisé régulièrement ces derniers pour compenser la stagnation des produits versés par l'assurance maladie. Toutefois, la moindre évolution de ces produits en 2009 reflète probablement l'essoufflement de cette politique.

<sup>1</sup> Les produits réels d'exploitation (ou produits calculés) correspondent à l'ensemble des recettes d'exploitation hors recettes d'ordre (remboursements des budgets annexes au budget principal, reprises de provisions, etc.).

<sup>2</sup> On soulignera toutefois que les réalisations 2008 indiquées dans cette Note à partir de la base de données DGFIP ou même celles communiquées par l'Observatoire de l'hospitalisation ne sont pas strictement comparables avec les bases 2009 utilisées pour la construction des sous-objectifs de dépenses de l'assurance maladie. De fait, la comparaison entre les taux d'évolution inscrits dans les circulaires budgétaires et les taux d'évolution calculés ici n'est pas possible.

<sup>3</sup> DGOS, Rapport 2010 au Parlement sur les missions d'intérêt général et l'aide à la contractualisation des établissements de santé.

<sup>4</sup> Cf. note<sup>3</sup>.

**Les autres produits** (titre 3 du compte de résultat principal) pèsent pour 5,8 milliards d'euros, en recul de 1,5 % par rapport à 2008. Ils sont constitués, pour leur majorité, de recettes de la vente de marchandises (rétrocession de médicaments par exemple) ou de prestations annexes à l'activité hospitalière (majoration pour chambre particulière par exemple). En réalité, cette catégorie de recettes continue de progresser. Le recul des produits de titre 3 s'explique essentiellement par la chute des subventions d'exploitation (principalement FMESPP et FEH). En 2008, un versement exceptionnel d'environ 350 millions d'euros du fonds pour l'emploi hospitalier (FEH) pour aider les hôpitaux à financer l'indemnisation des jours épargnés sur les comptes épargne-temps (CET) <sup>5</sup> a renforcé, sur cette année, les produits du titre 3.

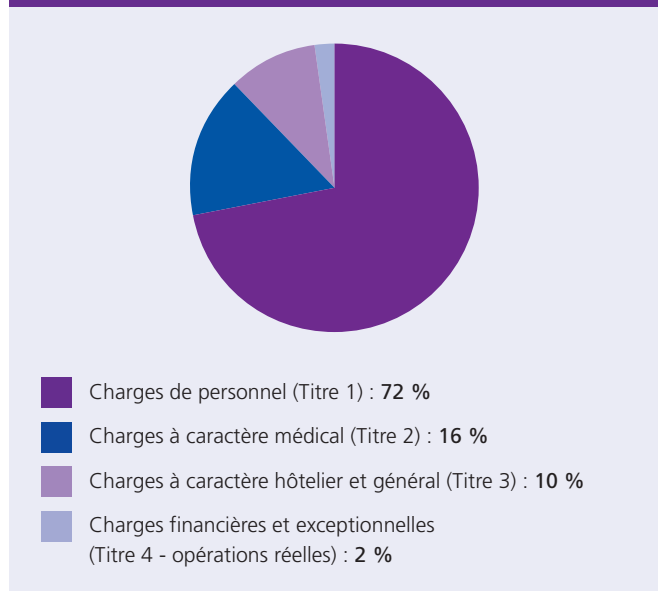
**Les produits des comptes de résultat annexes** pèsent pour plus de 8 milliards d'euros, soit 12,7 % des produits réels d'exploitation. Cette catégorie de produits est en progression de 4,5 % en 2009. Ces produits sont en majorité générés par la tarification des prestations de prise en charge des personnes âgées en EHPA complétée des versements de l'assurance maladie.

La décomposition de la hausse des produits d'exploitation en ses différentes composantes montre l'importance des dotations MIGAC pour 2009. Bien qu'elles ne pèsent que 10 % dans les produits, elles contribuent à hauteur de 1,4 % à la croissance de 3,2 %. Il convient de rappeler que la forte croissance des dotations MIGAC en 2009 s'explique par la création de deux missions d'intérêt général (permanence des soins et prise en charge de la précarité) auparavant financées par les tarifications des séjours.

## Charges réelles d'exploitation

En 2009, les **charges réelles d'exploitation** <sup>6</sup> ont progressé de seulement 2,5 %, contre 4,6 % l'année précédente, pour atteindre 61,6 milliards d'euros.

### Répartition des charges réelles d'exploitation en 2009

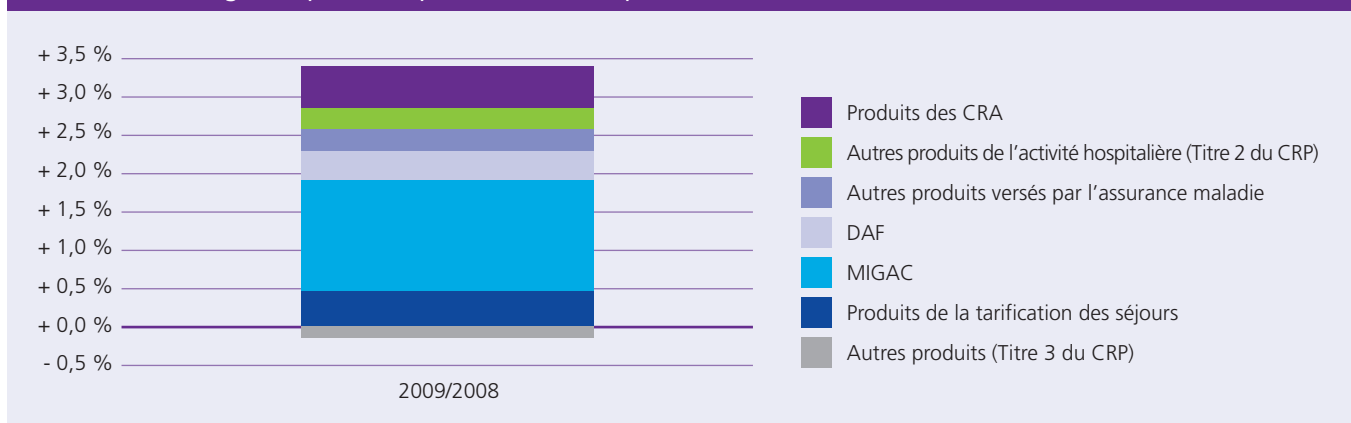


Source : DGFiP, 2010

<sup>5</sup> Décret n°2008-454 du 14 mai 2008 relatif aux modalités d'indemnisation de jours accumulés sur le compte épargne-temps des agents de la fonction publique hospitalière et décret n°2008-455 du 14 mai 2008 relatif aux modalités d'indemnisation des jours accumulés sur le compte épargne-temps des personnels médicaux, pharmaceutiques et odontologiques des établissements publics de santé.

<sup>6</sup> Les charges réelles d'exploitation correspondent à l'ensemble des charges d'exploitation hors dépenses d'ordre ou charges calculées (dotations aux amortissements et provisions, etc.).

### Contribution des grands postes de produits réels d'exploitation à l'évolution 2009



Source : DGFiP, 2010

**Les charges de personnel** (Titre 1), s'élevaient en 2009 à 44,3 milliards d'euros. Elles pèsent pour un peu moins des trois quarts des charges (72 %). En 2009, elles ont augmenté de seulement 1,8 %, contre 3,7 % en 2008. C'est la première fois depuis le début de la décennie 2000 que les frais de personnel connaissent une croissance si modérée. La décélération des frais de personnel est plus ou moins importante selon les types d'établissements. Les grands établissements comme l'AP-HP et les autres CHRU ont enregistré une décélération encore plus remarquable pour ce poste de dépenses, les taux d'évolution étant respectivement de -0,6 % et +1,5 %. À l'opposé, les hôpitaux locaux ont enregistré une progression de leurs charges de personnel de 4,2 %.

Les frais de personnel des hôpitaux évoluent sous l'effet conjugué de la progression des effectifs et de celle de leur rémunération.

En 2009, d'après les données de la SAE, **les effectifs** des personnels médicaux salariés progressent de 2,1 %, passant de près de 62 000 à plus de 63 000 salariés ETP (équivalent temps plein, hors internes), contre +1,7 % en 2008. Concernant les effectifs des personnels salariés non médicaux, l'estimation de l'évolution est plus délicate compte tenu d'un changement des modalités de comptabilisation entre 2008 et 2009<sup>7</sup>. Pour contourner ce problème, le champ d'observation est limité au personnel titulaire de la fonction publique hospitalière (qui représente près de 85 % des ETP non médicaux). Les effectifs de celui-ci ont progressé, en ETP, de 0,7 % passant de 700 000 à plus de 705 000 salariés ETP, contre -0,1 % en 2008. En n'étudiant que le groupe des CHRU, on constate que les ETP médicaux ont suivi une croissance égale à la moyenne nationale mais qu'en revanche les ETP non médicaux ont stagné (+0,07 %).

## La fonction publique hospitalière en chiffres

Le dernier rapport sur l'emploi dans la fonction publique<sup>8</sup>, qui traite de l'évolution de l'emploi dans les trois fonctions publiques (hospitalière, territoriale et d'État) entre 1998 et 2008, rappelle que la fonction publique hospitalière (FPH) emploie 1,045 million de personnes (ou 966 000 ETP dont 903 000 dans les hôpitaux), soit 19,8 % du total de l'emploi public. Le rapport met en évidence une nette décélération des effectifs dans la FPH à

partir de 2004. En 2008, les effectifs ont évolué de +1,0 % contre une moyenne annuelle de +1,8 % sur la période 1998-2008. Par comparaison, les effectifs dans les trois fonctions publiques ont progressé de 1,3 % sur la même période. Le rapport rappelle que le personnel est plus jeune dans la FPH (42 ans en moyenne) et que la part des 55 ans et plus y est de loin la plus faible (9 %).

L'analyse de la progression des **rémunérations** est délicate, plusieurs facteurs entrant en jeu : revalorisations infra-annuelles du point d'indice de la fonction publique, "glissement vieillesse technique" (dit GVT), mise en œuvre de plusieurs mesures catégorielles relatives aux personnels hospitaliers médicaux et non médicaux, etc. En 2009, le point d'indice de la fonction publique a fait l'objet d'une revalorisation en deux temps : +0,5 % en juillet et +0,3 % au mois d'octobre, après une hausse de même ampleur en 2008. Compte tenu des effets « année pleine » des revalorisations ainsi opérées, l'accroissement de la masse salariale atteint 0,6 % en 2009. L'impact du GVT est très difficile à mesurer. La FHF lors de ses estimations relatives au taux d'évolution budgétaire pour 2009, donnait un GVT de l'ordre de 0,3 % pour le personnel médical et de 0,2 % pour le personnel non médical.

Par ailleurs, en 2008, le personnel hospitalier, médical et non médical, a pu prétendre au remboursement d'une partie des jours épargnés dans les comptes épargne-temps (CET). Ce nouveau dispositif, financé par un versement exceptionnel du FEH (voir *supra*), a contribué à la croissance de la masse salariale sur 2008. Ces charges supplémentaires qu'on ne retrouve pas en 2009, expliquent, pour partie, la décélération des charges de personnel cette année.

**Les charges à caractère médical** (Titre 2) se sont élevées à 9,8 milliards d'euros en 2009. Elles représentent 16 % des charges réelles d'exploitation tous budgets confondus. Elles progressent de 4,4 % après deux augmentations plus fortes, +7,3 % en 2008 et +6,2 % en 2007. Ce poste de dépenses est composé pour sa majorité (plus de 80 %) par les achats de produits pharmaceutiques et de fournitures, produits et petit matériel médical et médico-technique.

**Les charges à caractère hôtelier et général** (Titre 3) ont atteint 6 milliards d'euros en 2009, en hausse de 4,1 %.

<sup>7</sup> La collecte des informations dans la SAE relatives au personnel non médical a fait l'objet de plusieurs modifications en 2009. Le bordereau de requête distingue le personnel par type de contrat (CDI, CDD, titulaires FPH) et non plus par numéro de compte (6411, 6413, 615). De fait, une rupture de série statistique peut être constatée entre 2008 et 2009 interdisant toute comparaison sur le total des ETP.

<sup>8</sup> Ministère du Budget, des comptes publics, de la fonction publique et de la réforme de l'État, Fonction publique : chiffres-clés 2010, Décembre 2010.

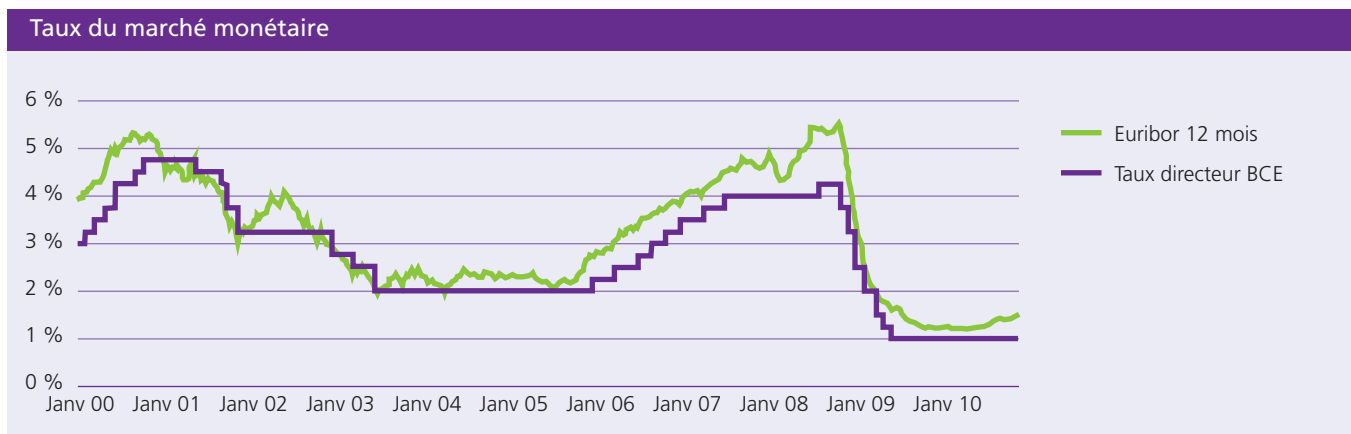
**Les charges réelles financières et exceptionnelles** (Titre 4 – opérations réelles <sup>9</sup>) ont augmenté de 3,1 % pour atteindre 1,5 milliard d’euros en 2009. Elles regroupent pour un peu moins de la moitié de leur montant les intérêts d’emprunts, le solde correspondant à plusieurs sortes de charges exceptionnelles, en particulier les titres annulés.

Après trois années consécutives de forte hausse, + 10 % en 2006 et + 20 % en 2007 et 2008, **les intérêts des emprunts** ont diminué légèrement, - 0,7 % en 2009, pour atteindre 666 millions d’euros, alors même que l’encours de dette poursuit sa progression (cf *infra*). La baisse du volume des intérêts a bénéficié principalement à l’AP-HP et aux CH. Cette tendance baissière est le résultat

de l’effondrement des taux courts et de la baisse des taux longs entre 2008 et 2009.

En zone euro, la Banque centrale européenne a procédé à sept baisses successives de son principal taux directeur depuis le point le plus haut de juillet 2008 (de 4,25 % à 1 % en mai 2009). Depuis, ce taux est maintenu à ce niveau. Les taux courts du marché monétaire ont suivi le mouvement baissier ; l’Euribor 12 mois a ainsi chuté de près de 400 points de base sur un an pour se situer autour de 1,25 % à fin 2009. Sur le compartiment des taux longs, la baisse est moins spectaculaire ; le TEC 10 perd environ 120 points de base entre juillet 2008 et fin 2009.

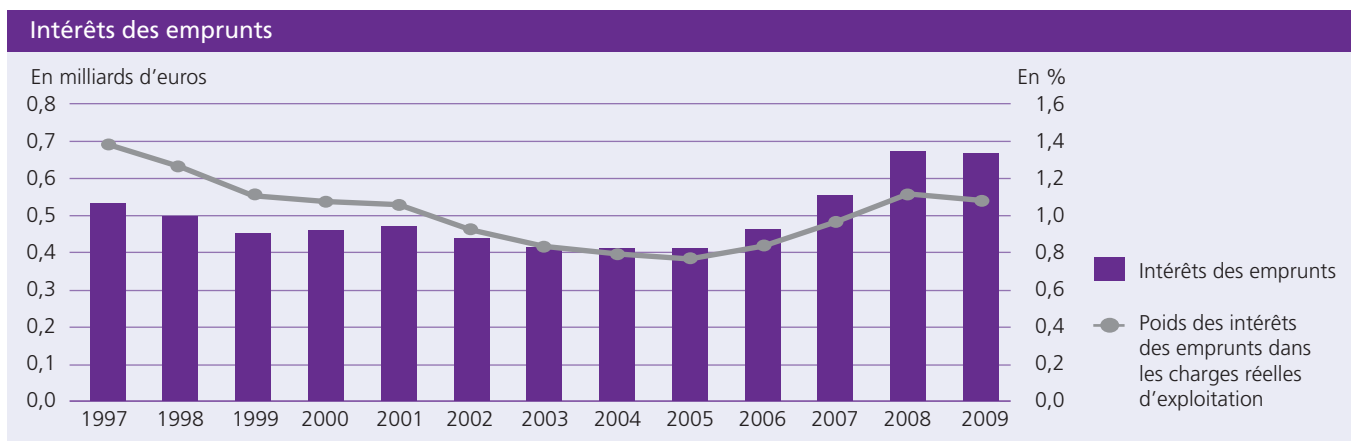
<sup>9</sup> Remarque : les dotations aux amortissements et aux provisions étant des opérations d’ordre (ou charges calculées), elles ne sont pas prises en compte ici dans l’analyse des charges réelles d’exploitation. Elles sont analysées plus loin dans cette note.



Source : Dexia, 2010

La part des intérêts des emprunts dans les charges d’exploitation se maintient à un niveau moyen plutôt faible, de l’ordre de 1 %. À titre de comparaison, cette même part était de l’ordre de 3 % pour les collectivités locales en 2009. Des écarts subsistent par catégorie d’établissements, le poids de ce poste variant de

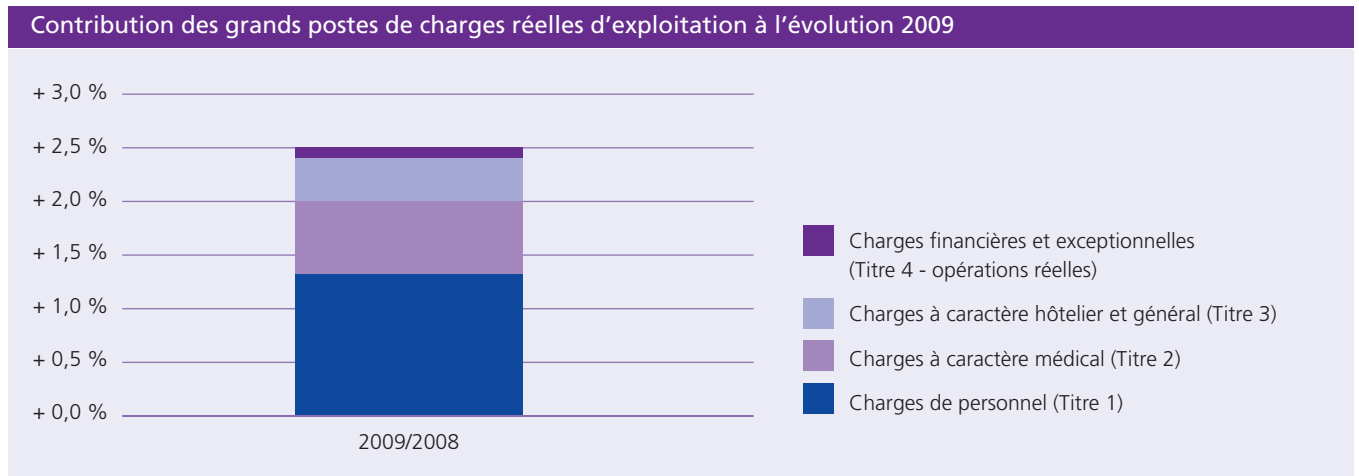
0,6 % dans les établissements de santé mentale (EPSM) à 1,4 % dans les hôpitaux locaux. À l’échelon individuel, les écarts à la moyenne sont importants, une trentaine d’établissements dépassant la barre de 5 %.



Source : DGFiP, 2010

En résumé, la croissance modérée des dépenses en 2009 rompt avec le rythme soutenu observé au cours des dernières années. La forte décélération des charges de personnel est la principale

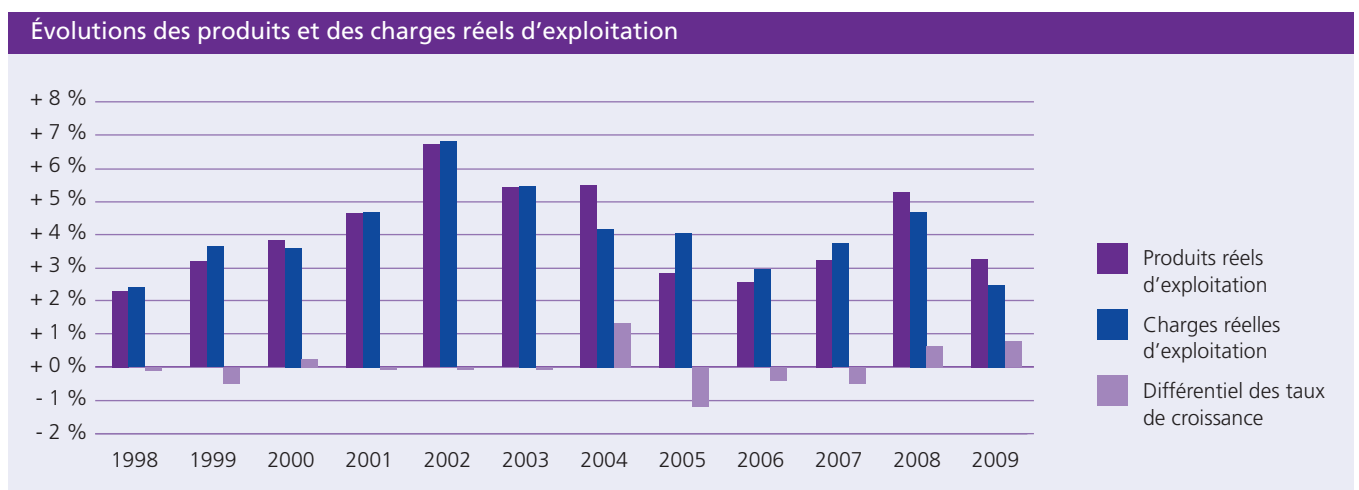
explication de ce retournement de tendance. En effet, en 2009, celles-ci n'ont évolué que de + 1,8 % contre une moyenne annuelle de + 4,1 % sur les dix dernières années.



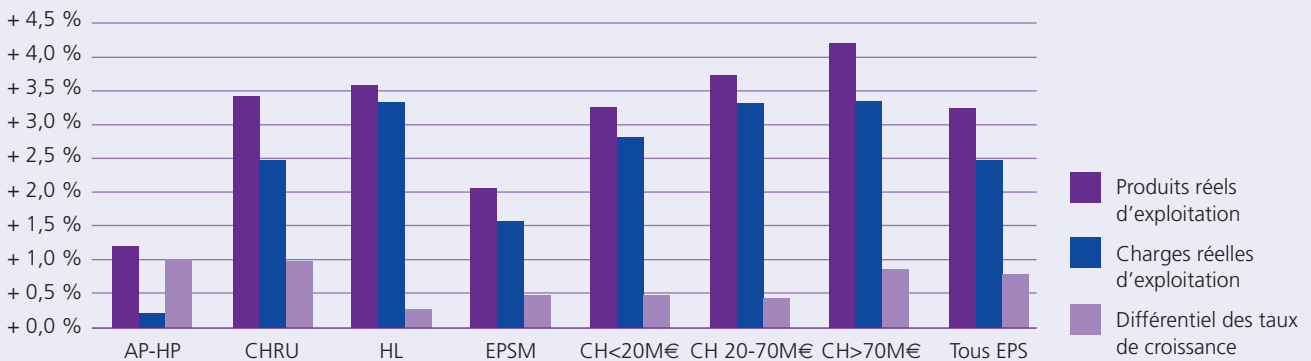
### Effet ciseaux positif

Au total, même si leur croissance s'est fortement ralentie, les produits réels d'exploitation ont progressé plus rapidement que les charges pour la deuxième année consécutive. L'écart de taux est positif de 0,77 % en 2009 contre 0,62 % en 2008 et - 0,49 % en 2007. Les hôpitaux sont parvenus deux années de suite à maintenir la croissance de leurs dépenses et notamment celles de personnel en-deçà de la croissance des produits, pourtant soumise à contrainte forte.

Selon les catégories d'établissements, la dynamique des ressources diffère et la pression sur les charges également. Ainsi, les taux d'évolution respectifs des produits et des charges d'exploitation entre 2008 et 2009 ont été plus ou moins favorables selon les catégories d'établissements mais tous ont enregistré un écart de taux positif, ce qui n'était pas le cas sur les années précédentes. L'AP-HP et les CHRU se démarquent, comme on l'a vu, par leur maîtrise des dépenses, en particulier celles de personnel, l'écart de taux leur étant très favorable. Les petits établissements ont dégagé un écart de taux positif mais moins élevé.



### Évolutions des produits et des charges d'exploitation par catégorie d'établissements en 2009



Source : DGFIP, 2010

### Marges d'exploitation en hausse

En 2009, l'effet ciseaux favorable entre charges et produits réels d'exploitation permet aux hôpitaux de dégager une marge brute et une capacité d'autofinancement en forte hausse. Le déficit profite, dans une moindre mesure, de cet apport d'autofinancement. Il recule à 200 millions d'euros.

#### Marge brute

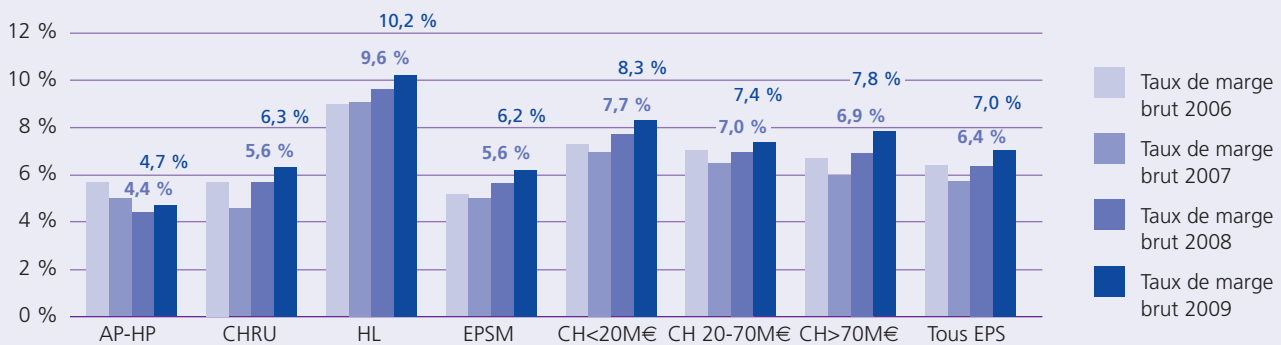
La **marge brute**<sup>10</sup> dégagée par les hôpitaux en 2009 est de 4,5 milliards d'euros, en progression de 13,7 % par rapport à 2008. Cette évolution positive confirme la tendance de l'année précédente (+ 17,9 %) qui avait mis un terme à une dégradation régulière de plusieurs années. Cette situation résulte d'une croissance plus rapide des produits courants par rapport aux charges courantes : + 3,2 %

contre + 2,5 %. On retrouve ici l'écart de taux constaté ci-dessus pour les charges et produits réels.

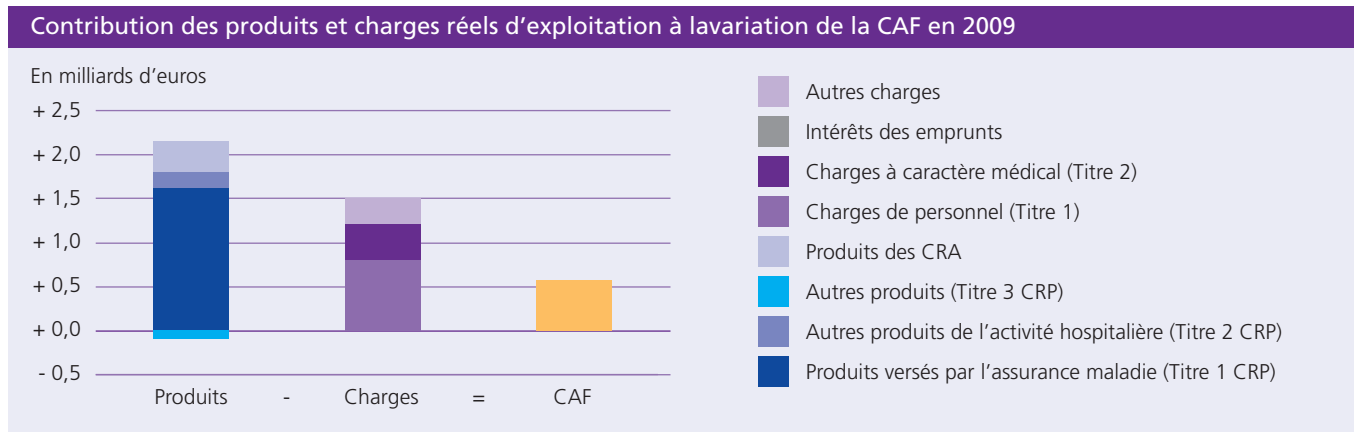
Le **taux de marge brute** s'est redressé entre 2008 et 2009, passant de 6,4 % à 7,0 % pour l'ensemble des EPS. La progression de ce taux a profité à toutes les catégories d'établissements dans des proportions variables. Des écarts de taux de marge brute subsistent entre catégories, les petits établissements conservant une position plus favorable que les grands.

<sup>10</sup> La marge brute mesure l'excédent qu'un établissement parvient à dégager sur ses opérations courantes d'exploitation (c 70 à 75 - c 60 à 65) pour couvrir les charges financières, exceptionnelles, d'amortissements et de provisions, soit essentiellement des frais générés par l'investissement. Le calcul de la marge brute ne se faisant que sur les opérations d'exploitation dites réelles, c'est-à-dire celles ayant une incidence tôt ou tard sur la trésorerie, la marge brute est un excédent de trésorerie. Le taux de marge brute rapporte la marge brute aux produits réels courants d'exploitation.

### Taux de marge brute par catégorie d'établissements de 2006 à 2009



Source : DGFIP, 2010



### Capacité d'autofinancement

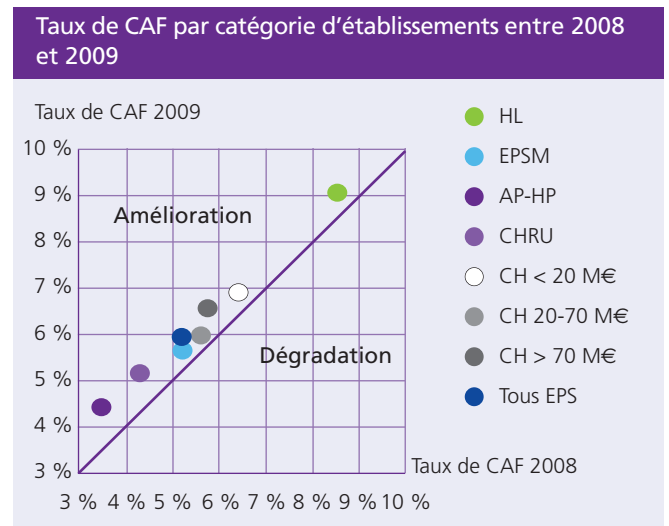
La **capacité d'autofinancement** est de 3,9 milliards d'euros en 2009, en progression de 16,9 % par rapport à l'année précédente, après + 17,7 % en 2008. La CAF <sup>11</sup> poursuit une évolution proche de celle de la marge brute, les intérêts d'emprunts ayant légèrement baissé (voir *supra*).

La CAF mesure l'aptitude de l'exploitation, toutes opérations confondues (courantes, financières et exceptionnelles), à financer les dépenses d'investissement, à savoir en premier lieu les remboursements d'emprunts et les nouveaux investissements <sup>12</sup>. La croissance globale de la CAF sur les deux derniers exercices ne doit pas masquer les fortes disparités qui existent d'un établissement à l'autre.

La capacité d'autofinancement est un des indicateurs clés de la situation financière des hôpitaux. En particulier, lorsque la capacité d'autofinancement est négative, cela signifie que l'exploitation ne dégager plus d'excédent de trésorerie mais, au contraire, un besoin de trésorerie, situation qui si elle se pérennisait, poserait des problèmes d'équilibre financier. En 2009, le nombre d'établissements enregistrant une insuffisance d'autofinancement reste à peu près stable par rapport à l'année précédente, autour de cinquante. Mais le montant total de l'insuffisance d'autofinancement augmente chaque année, passant de 19 à 81 millions d'euros entre 2006 et 2009, ce qui signifie que, pour quelques établissements, la situation financière s'est fortement dégradée dans un environnement général de redressement des comptes. Il convient de souligner qu'en 2009 l'essentiel de l'insuffisance d'autofinancement nationale se concentre sur un nombre très limité d'établissements.

Pour qualifier la CAF (ou IAF) d'un établissement, il est important de la rapporter aux produits d'exploitation. On obtient ainsi le **taux de CAF**. En 2009, la capacité d'autofinancement dégagée représente 5,9 % du total des produits contre 5,2 % l'année précédente.

Toutes les catégories d'établissements ont profité du redressement du taux de CAF mais celui-ci reste dispersé, un avantage évident concernant les hôpitaux locaux et, dans une moindre mesure, les petits centres hospitaliers. Le groupe des CHRU et l'AP-HP affichent au contraire le taux de CAF le plus faible, même si celui-ci a connu la plus forte progression entre 2008 et 2009.



<sup>11</sup> La capacité d'autofinancement correspond à la marge brute augmentée des résultats financiers et exceptionnels (sur opérations réelles hors produits de cessions). Le résultat financier est négatif car composé principalement des intérêts d'emprunts. En 2009, ces derniers ont reculé (cf. *supra*), contribuant à l'amélioration du résultat financier. Le résultat exceptionnel, quant à lui, comprend principalement les opérations sur exercice antérieur, en charges et en produits. En 2009, le résultat exceptionnel est positif de quelques millions d'euros supplémentaires. Au total, la CAF progresse plus vite que la marge brute.

<sup>12</sup> La capacité d'autofinancement mesure l'excédent qu'un établissement parvient à dégager sur l'ensemble de ses opérations réelles d'exploitation (opérations courantes d'exploitation + opérations financières et exceptionnelles d'exploitation), ce qui signifie que les dotations aux provisions ou aux amortissements, notamment, sont exclues des calculs. Pour les mêmes raisons que pour la marge brute, la capacité d'autofinancement étant calculée exclusivement à partir des opérations dites réelles, il s'agit d'un excédent de trésorerie. Exceptionnellement, il peut s'agir d'un besoin de financement lorsque la capacité d'autofinancement est négative. On parle alors d'insuffisance d'autofinancement (IAF).

### Résultat de l'exercice

En 2009, les hôpitaux enregistrent un **déficit d'un peu plus de 200 millions d'euros**, en fort recul par rapport à 2008 et surtout 2007, année la plus difficile.

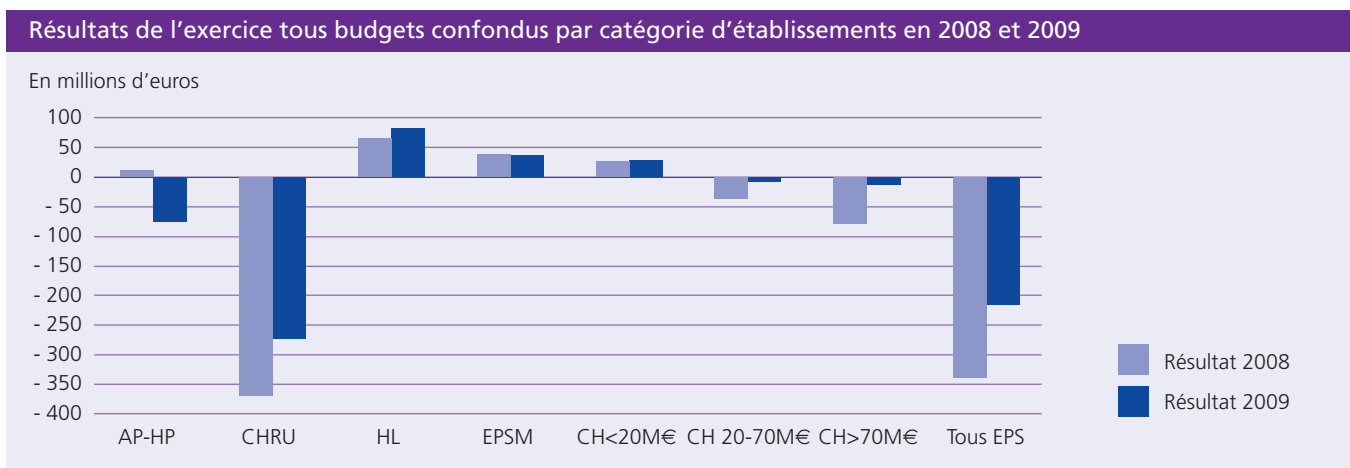
Le résultat global des hôpitaux est devenu déficitaire, pour la première fois en 2006 à la suite d'une dégradation des comptes amplifiée par la refonte du cadre budgétaire et comptable. En 2009, le déficit des hôpitaux, tous budgets confondus, a fondu de près de 40 %, passant de 337 à 213 millions d'euros. Cette nette amélioration des comptes fait suite à un premier redressement en 2008, le déficit ayant atteint en 2007 son plus haut niveau historique avec 479 millions d'euros. Ainsi, en deux ans, le déficit s'est contracté de 240 millions d'euros, de nombreux hôpitaux ayant renoué avec une situation excédentaire. Parmi le millier d'établissements publics de santé, 28 % sont en déficit, soit près de 300 hôpitaux, pour un montant total de 600 millions d'euros. Les établissements finissant l'année en excédent, soit 72 %, ne totalisent que 387 millions d'euros. Ce déséquilibre entre soldes moyens excédentaires et déficitaires s'explique par la présence de gros établissements parmi les hôpitaux déficitaires et tout particulièrement les CHRU. En effet, la moitié du déficit, soit 300 millions d'euros, est le fait de 10 CHRU. Au total, parmi les 32 CHRU, 9 sont en excédent en 2009 (pour majorité en léger excédent) contre 6 en 2008.

Le redressement des comptes, en termes de résultat de l'exercice, concerne l'ensemble des catégories d'établissements de santé, à l'exception de l'AP-HP. En volume, la catégorie des CHRU (hors AP-HP) affiche l'amélioration du résultat la plus importante, suivie des centres hospitaliers dont le budget est supérieur à 70 M€. Il n'en demeure pas moins qu'en 2009 ce sont toujours les catégories des petits hôpitaux qui sont en excédent (HL, EPSM

et petits CH) tandis que les autres restent, en moyenne, déficitaires. **Il est important de relativiser ces résultats, d'une part en examinant les opérations intermédiaires qui permettent de passer de la CAF au résultat et d'autre part en rapportant les résultats de l'exercice à la masse budgétaire.**

En effet, la CAF a progressé entre 2008 et 2009 de près de 600 millions d'euros et le résultat de l'exercice de seulement 120 millions d'euros. Entre ces deux soldes d'exploitation, il y a essentiellement un **jeu d'opérations d'ordre** (dotations sur amortissements et provisions et reprises sur provisions)<sup>13</sup>. En détaillant ces opérations, on observe une progression importante des dotations aux amortissements et provisions (+ 300 millions d'euros) pour une réduction des reprises sur provisions (- 100 millions d'euros). Ces évolutions sont liées principalement à la mise en œuvre des plans Hôpital 2007 et Hôpital 2012. Mais de fait, le redressement de la CAF ne se retrouve qu'en faible partie dans l'amélioration du résultat de l'exercice. Sur ce point, le cas de l'AP-HP est illustratif. La CAF de cet établissement s'améliore (+ 70 millions d'euros) fortement tandis que le résultat se dégrade (- 85 millions d'euros). Entre ces deux soldes, on constate des dotations aux provisions et aux amortissements en forte progression, pour des reprises sur provisions en baisse.

<sup>13</sup> Les comptes d'exploitation d'un hôpital peuvent être appréhendés soit en consolidé, c'est-à-dire tous comptes de résultat cumulés (budget principal et budgets annexes), soit compte de résultat par compte de résultat. Dans le présent document, l'analyse est conduite sur les données consolidées, à l'exception de l'analyse du résultat ci-dessus qui ne peut faire l'économie d'un détail par budget. Le compte de résultat principal retrace les opérations financières des activités de court et moyen séjour et de psychiatrie. Le compte de résultat DNA (dotation non affectée) retrace les opérations financières des activités relatives au patrimoine privé de l'hôpital.



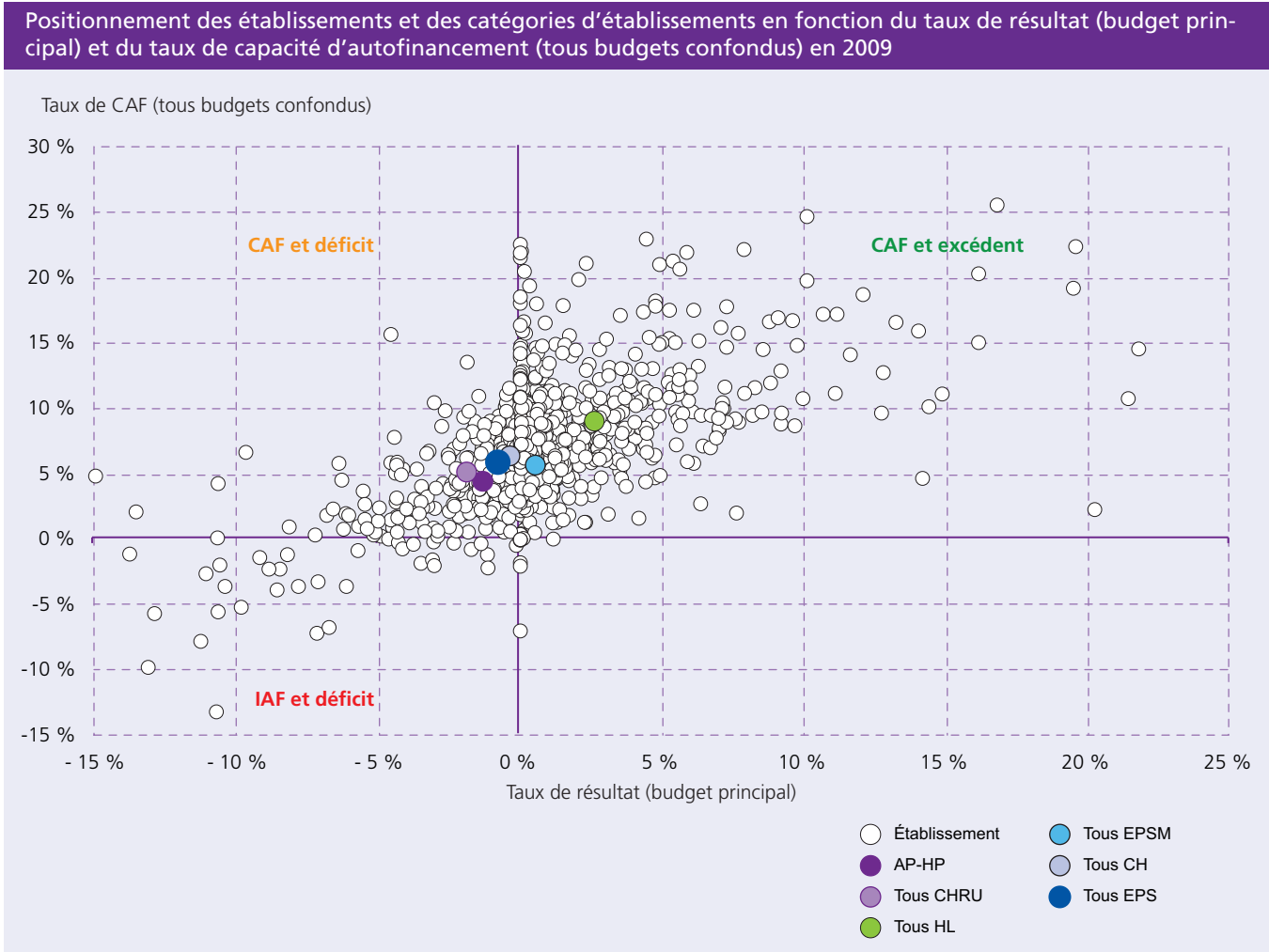
Source : DGFiP, 2010

**Le déficit de 2009 représente 0,3 % des produits d'exploitation contre 0,5 % en 2008.** Ce taux de résultat varie selon la catégorie d'établissements, allant de - 1,5 % pour les CHRU (hors AP-HP) à 2,5 % pour les hôpitaux locaux. Cette disparité peut s'expliquer en partie par la nature des activités <sup>14</sup> exercées par les établissements et leur poids budgétaire (voir supra repère 2). Le compte de résultat principal présentant un déficit total de 460 millions d'euros, soit 0,8 % de ce budget, les activités logées dans les comptes de résultat annexes compensent donc partiellement le déficit de l'activité principale. Les activités de DNA et SIC (dotation non affectée et services industriels et commerciaux) et celles d'hébergement de personnes âgées (soins de longue durée et maisons de retraite) génèrent les excédents les plus importants. Le budget DNA génère chaque année moins de 100 millions d'euros, ce résultat se concentrant sur les très gros établissements et variant sensiblement avec les cessions de patrimoine immobilier. Les budgets annexes (dits B, J et E) retraçant les activités de prise en charge des personnes âgées, particulièrement bien représentées dans les budgets des petits hôpitaux, ont dégagé en 2009 un résultat en net rebond, 125 millions d'euros contre 85 l'année précédente. Quant au compte de résultat principal, il est difficile d'isoler les activités de court séjour, financées en T2A, de celles du moyen séjour et de la psychiatrie, financées par dotation forfaitaire. Toutefois, on peut souligner que le taux de résultat des établissements non soumis à la T2A, que sont les établissements de santé mentale, les hôpitaux locaux et les centres hospitaliers n'ayant pas d'activité de court séjour, présentent pour leur budget principal des taux de résultat positifs, respectivement 0,5 %, 2,6 % et 1,4 %.

Afin de synthétiser la situation financière d'un hôpital, on peut croiser les deux indicateurs financiers suivants : le taux de résultat du compte principal et le taux de capacité d'autofinancement <sup>15</sup>. Sur le graphique ci-dessous chaque point représente un établissement, cinq points de taille supérieure représentent la moyenne de chaque catégorie d'établissements et celle de tous les établissements de santé. Côté droit du graphique, dans le cadran nord-est, les établissements enregistrent une CAF et un excédent (sur le compte principal). Plus des deux tiers des hôpitaux sont dans cette situation. Côté gauche, on trouve les établissements déficitaires en 2009, pour le compte de résultat principal uniquement. La majorité des CHRU y sont présents. Dans le cadran sud-ouest, sont présents les établissements dont la situation financière est vraiment tendue, leur capacité d'autofinancement, tous budgets confondus, étant négative. Une minorité d'établissements (moins de 5 %) sont dans cette situation. Dans le cadran nord-ouest, les établissements sont déficitaires (pour leur activité principale) mais dégagent une CAF, plus ou moins élevée. Pour ces hôpitaux, les dotations aux amortissements et aux provisions ont pesé dans le calcul de leur résultat. Plus d'un quart des établissements sont dans ce cadran.

<sup>14</sup> Le taux de résultat est calculé comme le rapport entre le résultat d'exploitation du compte de résultat principal et le total des produits d'exploitation de ce budget. Le taux de capacité d'autofinancement rapporte la capacité d'autofinancement au total des produits d'exploitation (tous budgets confondus).

<sup>15</sup> Les résultats sont déterminés puis affectés par compte de résultat. Il ne peut y avoir de compensation entre eux. Cette règle comptable implique qu'un hôpital peut enregistrer un report à nouveau excédentaire et un report à nouveau déficitaire. Le report à nouveau excédentaire, se réduit chaque année, il tombe à 0,6 milliard d'euros en 2009.



Source : DGFIP, 2010

Le Président de la République a fixé, en avril 2008, l'objectif de retour à l'équilibre en 2012 de tous les établissements hospitaliers. Il a réaffirmé cet objectif à la fin de l'année 2010. Il ne reste plus que deux années pour résorber les déficits, dans un cadre de ressources plafonnées, le rythme de progression de l'ONDAM étant revu à la baisse (voir *supra*).

Outre la question de la capacité des hôpitaux à retourner à l'équilibre fixé pour 2012, se pose aussi celle de la résorption des déficits accumulés jusqu'à aujourd'hui. Le report à nouveau déficitaire s'élève à fin 2009 à 2,3 milliards d'euros, il s'est singulièrement aggravé ces dernières années <sup>16</sup>.

<sup>16</sup> Le volet investissement du plan santé mentale a permis de sélectionner 342 opérations qui concernent, outre les EPSM, les services de psychiatrie des CH et CHRU, ainsi que les établissements privés exerçant des activités de psychiatrie.

# Établissements publics de santé

## Poursuite de l'effort d'investissement et recours à l'endettement

En 2009, les investissements, stimulés par les deux plans Hôpital 2007 et 2012, poursuivent leur croissance soutenue pour atteindre 6,8 milliards d'euros. Avec 3,9 milliards d'euros, la capacité d'autofinancement reste la source de financement prioritaire, devant un recours à l'endettement plafonnant à 3 milliards d'euros.

### Dépenses d'investissement direct

En 2009, les investissements directs poursuivent leur progression. Toujours stimulés par la mise en œuvre du plan Hôpital 2007, et dans une moindre mesure par celle du plan Santé mentale et du plan Hôpital 2012, les investissements hospitaliers ont progressé de 6,8 % pour atteindre 6,8 milliards d'euros.

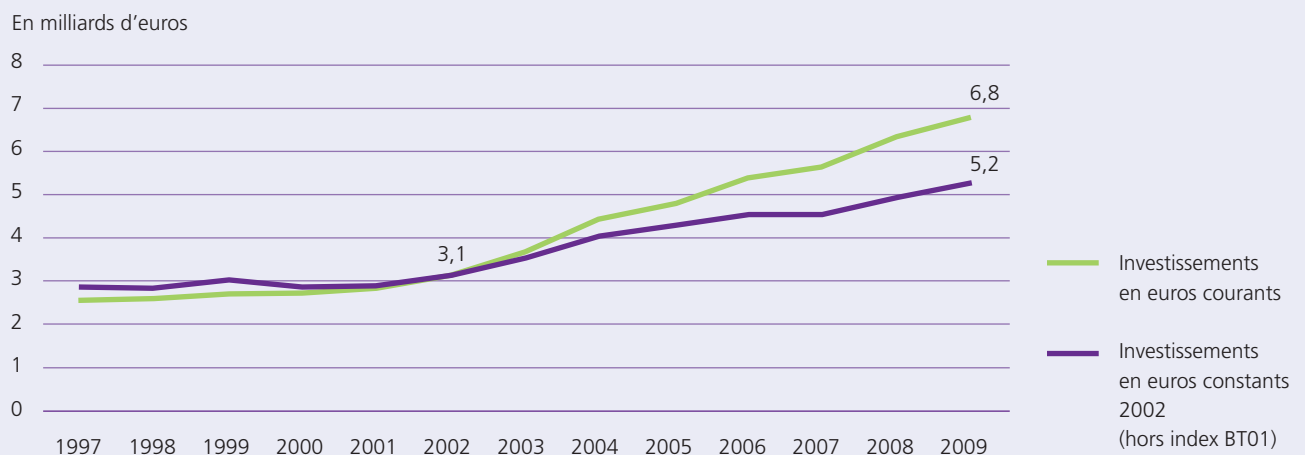
La croissance très soutenue des investissements depuis 2003 est évidemment la traduction de la mise en œuvre du plan Hôpital 2007. La montée en charge du plan a été progressive, un délai d'au moins un an séparant les décisions d'investissement desancements de chantiers. Les travaux les plus importants exigent même plusieurs années d'études. En 2007, année d'échéance du plan, toutes les opérations sélectionnées sont engagées et pour certaines réceptionnées. Mais la dynamique d'investissement impulsée par le plan Hôpital 2007 devrait se prolonger encore plusieurs années. Celle-ci serait d'autant plus importante que les

investissements soutenus par le plan débordent largement le cadre initial. Selon l'ANAP <sup>17</sup>, le montant total finalement investi par les EPS dans le cadre du plan se monterait à 13,2 milliards d'euros contre 7,5 milliards programmés initialement. Ce dépassement d'objectif s'explique d'une part par l'ajout d'opérations au cours du plan – le nombre d'opérations conduites par les EPS aurait quasiment doublé (environ un millier) – et d'autre part par le renchérissement des coûts du fait de l'actualisation et la modification des opérations immobilières importantes. Une partie de ce renchérissement est donc imputable à la forte hausse des coûts dans le secteur des travaux observée depuis plusieurs années (voir *infra*). L'effet volume mis en évidence dans le graphique ci-dessous, en déflatant le montant des dépenses d'investissement de l'indice BT01 valeur 2002 (année avant le plan Hôpital 2007), permet d'observer la croissance des investissements indépendamment de cet effet prix.

À fin 2008, l'ANAP estimait qu'une part encore importante des dépenses d'investissement liées au plan Hôpital 2007 n'avait pas encore été mandatée. Pour les EPS, on peut estimer ce montant à environ 5 milliards d'euros ; il serait le fait des opérations immobilières de grande envergure menées par les CHRU qui devraient s'étaler jusqu'en 2012-2015.

<sup>17</sup>La réalisation du plan d'investissement national « Hôpital 2007 », Synthèse, ANAP-Préfiguration, août 2009

### Investissements directs annuels, en euros courants et constants

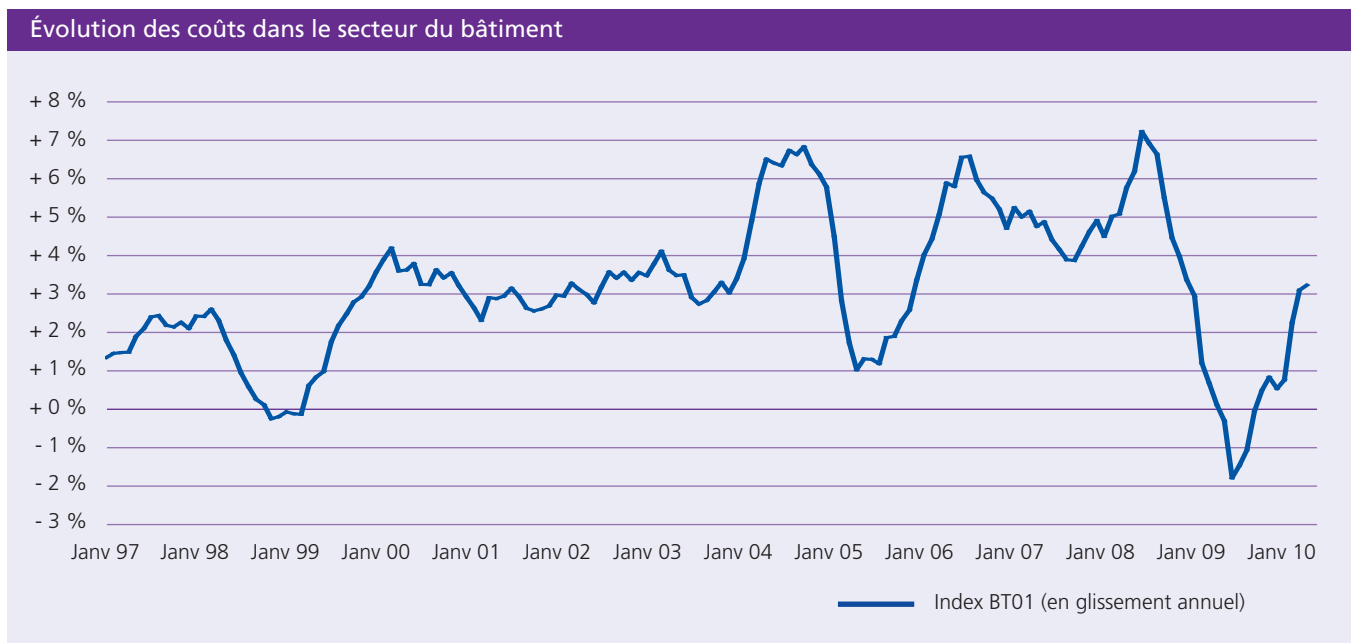


Source : DGFIP, 2010

**Le plan Hôpital 2012**, lancé en 2007, devrait prendre le relais du premier plan de relance de l'investissement hospitalier et maintenir celui-ci à un niveau élevé sur les années à venir afin de poursuivre la modernisation du parc hospitalier. L'objectif affiché de ce plan est de nouveau de 10 milliards d'euros d'investissements supplémentaires (par rapport aux investissements courants), grâce à un programme d'aides de 5 milliards d'euros. Le plan est fractionné en deux tranches de 5 milliards d'euros de dépenses d'investissement, chaque tranche comportant elle-même deux fenêtres d'instruction des projets. Aujourd'hui, seule, la première tranche a été validée et lancée. La première fenêtre d'instruction s'est déroulée en 2008 et la deuxième en 2009. L'aide est octroyée sous forme de subventions FMESPP (aides en capital) et de crédits reconductibles (en dotation annuelle de financement – DAF – ou en aide à la contractualisation – AC). Selon le bilan de la tranche 1 communiqué par le gouvernement en février 2010, ce sont au total 640 projets qui ont été retenus pour un niveau d'investissement de 4,6 milliards d'euros, aidés à hauteur de 2,2 milliards d'euros. Le taux de subventionnement s'établit donc à ce jour à 48 % contre 35 % pour le plan précédent. Les projets de système d'information ont été volontairement privilégiés : environ 500 opérations ont été retenues pour 692 millions d'euros de dépenses. Les opérations immobilières

restent toutefois financièrement prépondérantes : elles ont représenté 3,9 milliards d'euros pour 160 opérations. Les EPS ont été les principaux bénéficiaires de cette première tranche, 75 % des dépenses leur ayant été consacrées (soit une part quasi-identique à celle prévalant dans le plan précédent). Le lancement de la seconde tranche est attendu pour le deuxième semestre 2011, une fois la revue des plans nationaux d'investissement achevée.

La relance de l'investissement hospitalier s'inscrit dans un contexte de coûts relativement élevés dans le secteur du bâtiment et des travaux publics. Les coûts supportés par les entreprises du BTP sont en effet pour partie répercutés, à plus ou moins brève échéance, sur le prix des travaux acquittés par les hôpitaux. Depuis plus d'une dizaine d'années, l'index BT01, retenu habituellement pour apprécier l'effet prix dans la croissance des investissements hospitaliers, suit une tendance croissante mais en dents de scie, en lien avec l'évolution du prix du pétrole. Depuis 2002, le taux de croissance annuel de cet index tend à être supérieur à 3 %, mais a fortement ralenti en 2009, notamment à la suite de la chute des prix du pétrole amorcée en septembre 2008. L'indice BT01 a, en effet, progressé de seulement 0,4 % en 2009, après une hausse de 5,5 % en 2008 et de 4,6 % en 2007. Au total, l'index a progressé de 30 % entre fin 2002 et fin 2009.



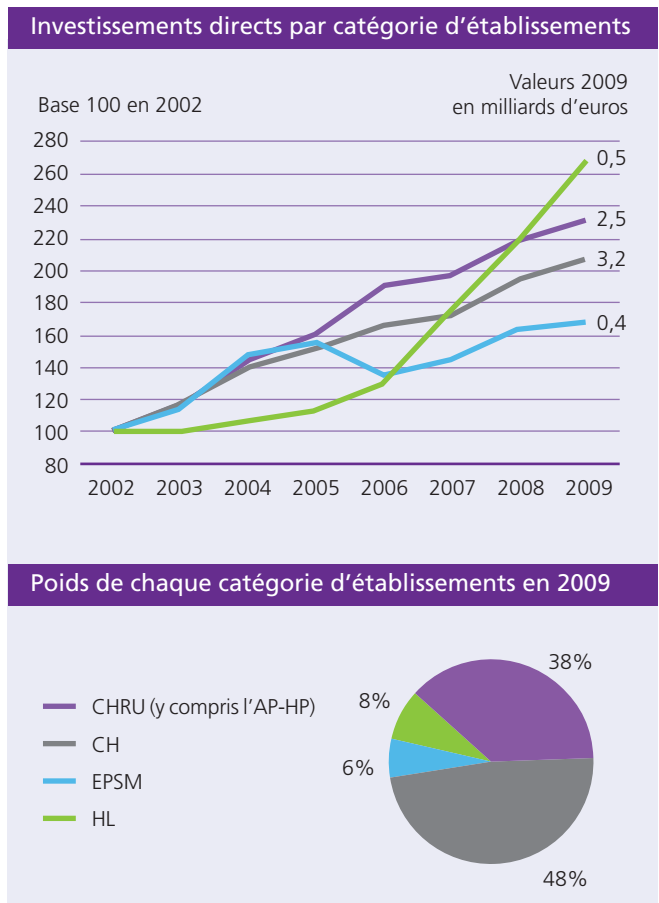
Source : INSEE, 2010

La relance de l'investissement observée depuis 2002 a concerné un grand nombre d'EPS mais le calendrier de mise en œuvre a été différent d'une catégorie d'EPS à l'autre. Alors que les CHRU et les CH ont démarré rapidement leurs investissements et sont restés sur un rythme soutenu sur toute la période (2002 à 2009), les hôpitaux locaux n'ont relancé leurs travaux qu'à partir de 2006. Pour les EPSM, la croissance des dépenses est plus chaotique. En 2009, la croissance de 6,8 % des investissements est imputable pour près de la moitié aux grands CH et pour le reste aux HL et CHRU.

Les CHRU et les CH ont été, depuis le début, les grands bénéficiaires du plan Hôpital 2007. Initialement, leurs projets représentaient respectivement 32 % et 60 % (soit au total 92 %) des investissements publics aidés contre 1 % pour les hôpitaux locaux. Les dépenses d'investissement des CHRU et CH ont décollé très rapidement. En 2009, les plus grosses opérations, qui sont majoritairement menées par les CHRU, sont encore en cours de chantier ; ces hôpitaux devraient donc continuer à investir. Toutefois, le plan Hôpital 2012 leur a été bien moins favorable, les CHRU n'ayant capté que 23 % des opérations publiques (en montants) tandis que les CH voient leur part augmenter (73 %).

Les hôpitaux locaux, pourtant peu concernés par le plan Hôpital 2007, ont vu leurs investissements décoller à partir de 2006, pour dépasser, en termes de croissance depuis 2002, toutes les autres catégories d'EPS. Ce rattrapage est le fait, notamment, de quelques grosses opérations de restructuration voire de reconstruction. Globalement, si les HL ont très peu profité du plan Hôpital 2007, leurs investissements sont aujourd'hui stimulés par les plans gouvernementaux en faveur de la prise en charge des personnes âgées - plan Vieillesse et Solidarité (2004-2007) relayé par le plan Solidarité Grand Age (2007-2012) complété du plan Alzheimer (2008-2012) - qui visent la modernisation et la création de places en secteur EHPAD. À noter qu'à l'exception de quelques projets de systèmes d'information, les hôpitaux locaux sont une fois de plus absents du plan Hôpital 2012, du moins pour la tranche 1.

Les EPSM affichent un investissement en dents de scie, malgré la mise en œuvre du volet investissement du plan santé mentale qui prévoit un investissement aidé de 1,5 milliard d'euros sur la période 2006-2010<sup>18</sup>.



Source : DGFiP, 2010

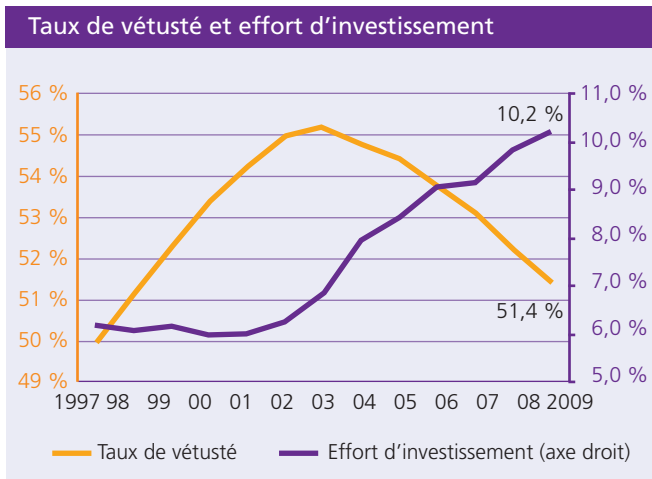
### Effort d'investissement et taux de vétusté<sup>19</sup>

Le plan Hôpital 2007 avait pour principal objectif de moderniser le parc hospitalier en quelques années. Le **taux de vétusté des immobilisations** est un indicateur, parmi d'autres, qui permet de rendre compte, dans une certaine mesure, de l'impact d'un programme d'investissement sur le niveau général d'obsolescence du parc immobilier. Avant le plan, c'est-à-dire avant 2002, le taux de vétusté se dégradait régulièrement, indiquant ainsi que les investissements dits récurrents ne permettaient pas de maintenir le parc en l'état. Entre 1997 et 2002, le taux de vétusté est passé de 50 % à 55 %. À partir de 2004, le plan a commencé à produire ces effets, le taux de vétusté se repliant régulièrement jusqu'à retomber en 2009 à 51,4 %, soit à son niveau de 1998.

L'effort d'investissement augmente chaque année, les dépenses d'investissement direct progressant plus rapidement que les dépenses d'exploitation. Il a gagné 4 points entre 2002 et 2009, passant de 6,2 % à 10,2 % en 2009. Les hôpitaux locaux affichent l'effort d'investissement de loin le plus élevé (17,9 %), suivis des CHRU (10,9 % hors AP-HP) et des grands CH (10,5 %).

<sup>18</sup> Le volet investissement du plan santé mentale a permis de sélectionner 342 opérations qui concernent, outre les EPSM, les services de psychiatrie des CH et CHRU, ainsi que les établissements privés exerçant des activités de psychiatrie.

<sup>19</sup> L'effort d'investissement rapporte les dépenses d'investissement direct au total des charges d'exploitation. Ce ratio exprime l'importance de l'investissement entrepris par l'hôpital au regard de sa taille budgétaire. Le taux de vétusté des immobilisations rapporte les amortissements cumulés à la valeur brute des immobilisations.



Source : DGFiP, 2010

### Moyens de financement

La capacité d'autofinancement s'est, comme on l'a vu, fortement étoffée en deux ans - elle est passée de 2,9 à 3,9 milliards d'euros entre 2007 et 2009 - ce qui lui permet de confirmer sa première place comme source de financement des investissements. Elle couvre une part des dépenses d'investissement plus importante - 58 % en 2009 contre 53 % en 2008 - mais reste loin des niveaux des années précédentes (82 % en 2002).

Les "autres recettes" (subventions, dotations, produits des cessions, etc.) constituent, depuis 2003, un complément de financement significatif et régulier. En forte progression en 2009, ces recettes ont atteint plus de 700 millions d'euros.

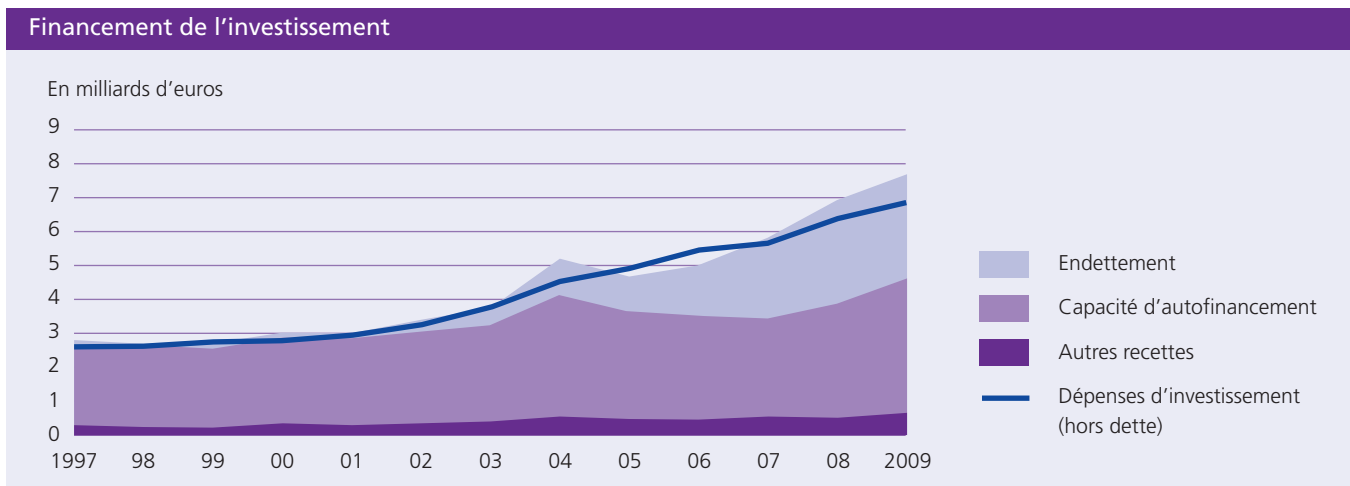
Jusqu'en 2002, l'endettement (ou flux net de dette : emprunts de l'année diminués des remboursements) est resté un moyen

de financement marginal, les investissements hospitaliers étant autofinancés en quasi-totalité. À partir de 2003, le plan de relance de l'investissement hospitalier a rompu cette équation de financement. Les opérations éligibles au plan Hôpital 2007 ont été financées majoritairement par emprunt conformément à ce qui avait été prévu par le plan <sup>20</sup>. Toutefois, les montants d'emprunts envisagés ont été largement dépassés, en raison notamment d'un montant d'investissement plus élevé que prévu (voir *supra*). Le montant des aides en capital étant resté inchangé, la part à financer par les EPS a mécaniquement augmenté et le recours à l'emprunt a par conséquent été fortement sollicité. Le taux de couverture des investissements (du plan et hors plan) par l'endettement est passé de 11 % à 46 % entre 2002 et 2009. Au final, le recours à l'endettement des hôpitaux a été multiplié par 10 entre 2002 et 2009, passant de 350 millions d'euros à plus de 3 milliards. Le plan se poursuivant plusieurs années au-delà de son échéance, l'endettement devrait rester élevé.

En 2009, les hôpitaux n'ont pas eu besoin de puiser dans leur fonds de roulement pour financer leurs investissements. Au contraire, ils l'ont abondé pour la troisième année consécutive. En 2009, le fonds de roulement augmente de plus de 800 millions d'euros. La trésorerie <sup>21</sup> est également renforcée, passant de 2,4 à 2,8 milliards d'euros. La hausse du fonds de roulement ne se retrouve que partiellement dans la trésorerie, une partie ayant été consommée par le cycle d'exploitation.

<sup>20</sup> Sur les 10 milliards d'euros d'investissements supplémentaires inscrits au plan, l'État avait prévu d'accompagner 6 milliards, sous forme de subventions (1,5 milliard d'euros) et d'aides en fonctionnement (crédits ONDAM) destinées à couvrir les frais générés par 4,5 milliards d'euros d'emprunts. Les investissements des EPS ont été financés en très grande partie par les crédits ONDAM, les subventions en capital bénéficiant en priorité aux cliniques privées. Au total, les EPS perçoivent des crédits ONDAM permettant le remboursement de 4,3 milliards d'euros d'emprunts et des subventions pour 550 millions d'euros. Le plan prévoyait donc un financement des investissements par emprunt à minima de 57 % (4,3 / 7,5).

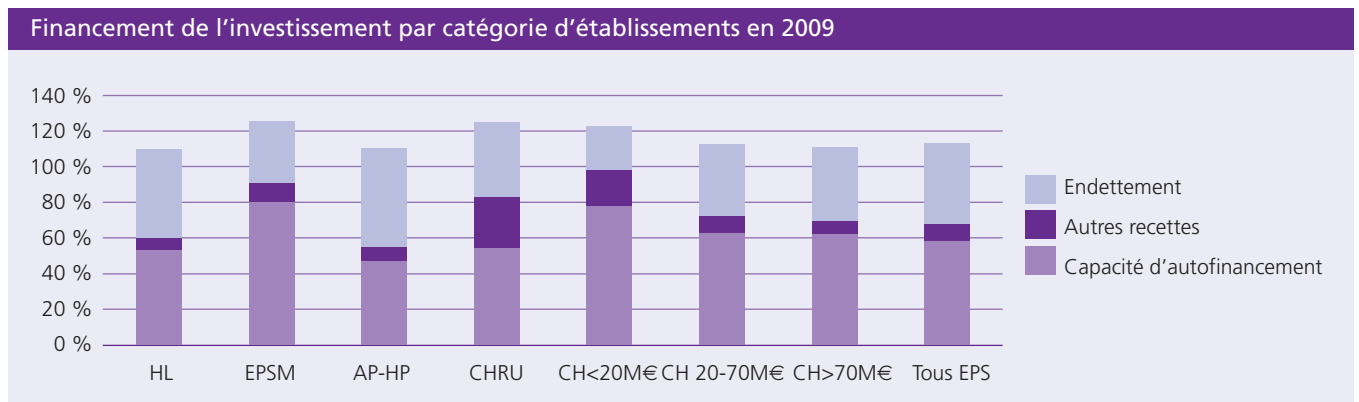
<sup>21</sup> Il s'agit ici de la trésorerie nette, c'est-à-dire résultant du calcul suivant : Fonds de roulement - Besoin en fonds de roulement (T = FR - BFR). Toutefois, il s'agit d'une photographie du bilan au 31.12, susceptible d'évoluer dès le lendemain.



Source : DGFiP, 2010

**Le mode de financement des investissements diffère selon les catégories d'établissements.** Les CHRU continuent d'afficher le taux d'autofinancement des investissements le plus faible, de l'ordre de 46 %. Le montant des autres recettes complète significativement le dispositif de financement. Il n'en reste pas moins que le recours à l'endettement reste élevé et porte le total des financements à plus de 120 %, ce qui se traduit par un abon-

dement du fonds de roulement important. Cette situation de « sur-financement » des investissements se retrouve pour toutes les autres catégories d'établissements, de façon plus ou moins marquée. Les petits centres hospitaliers et les EPSM ayant un taux d'autofinancement élevé ont eu relativement moins recours à l'endettement pour financer leurs investissements.



Source : DGFIP, 2010

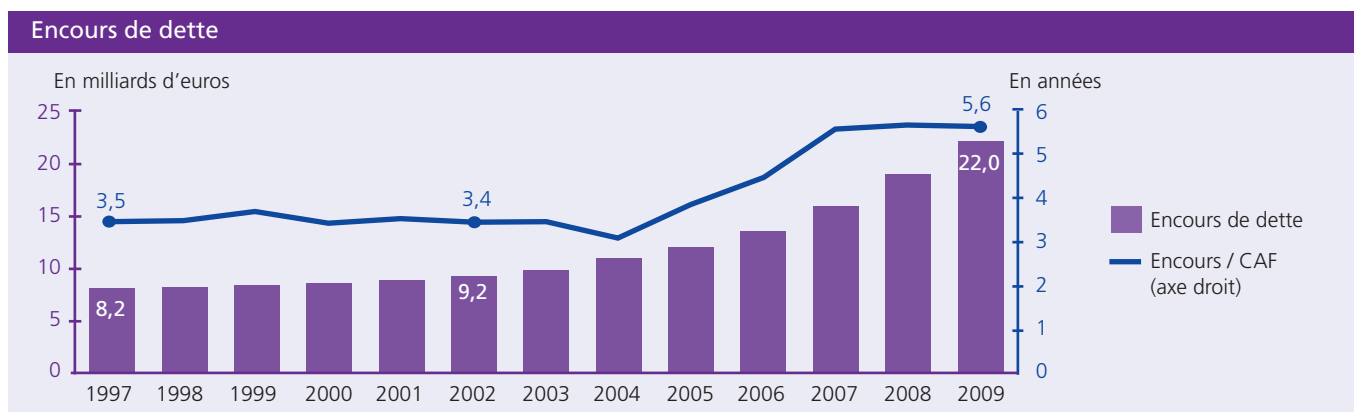
## Dette

Après une longue période de faible croissance, l'encours de dette des hôpitaux a décollé en quelques années. Fin 2002, avant la mise en œuvre du plan Hôpital 2007, l'encours de dette s'établissait à 9,2 milliards d'euros. Par la suite, le fort recours à l'endettement pour financer la relance de l'investissement a mécaniquement impacté à la hausse le niveau d'encours de dette. Fin 2009, il approche 22 milliards d'euros. Il représente l'équivalent de 33 % des produits réels d'exploitation.

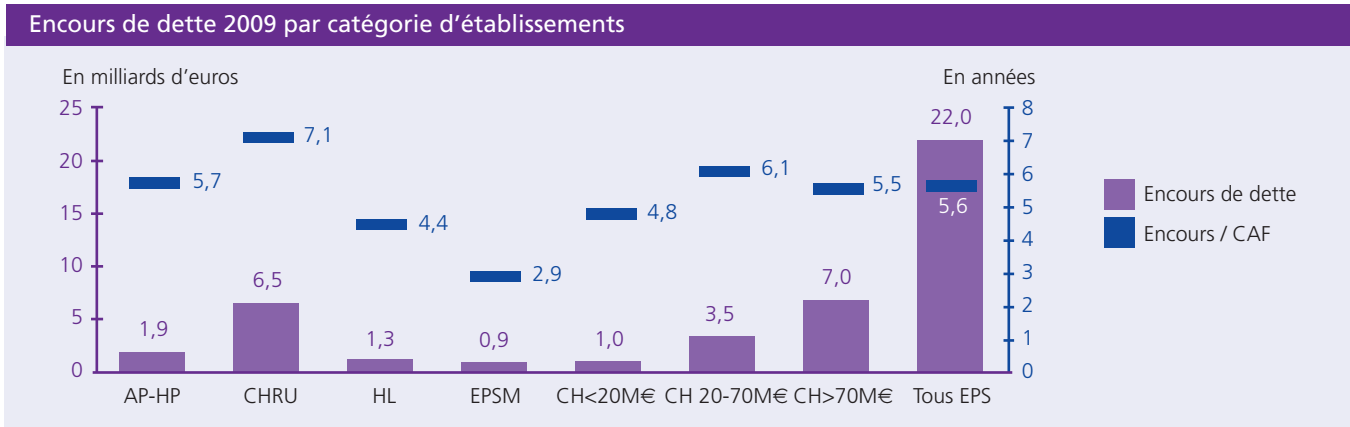
La capacité d'autofinancement ayant fortement progressé ces deux dernières années, le ratio de capacité de désendettement, qui rapporte l'encours de dette à la CAF, se maintient autour de 5,6 années.

Le taux d'indépendance financière qui rapporte l'encours de dette aux capitaux permanents s'est dégradé régulièrement pour atteindre 48 % à fin 2009.

Selon leur taille mais aussi et surtout selon leur effort d'investissement passé, les hôpitaux affichent des niveaux d'endettement différents. Les HL ont une dette qui représente plus de 40 % de leurs produits d'exploitation tandis que celle des EPSM ne pèse que 16 %. La dette des CHRU s'inscrit légèrement au-dessus de la moyenne (37 %), celle de l'AP-HP bien en-deçà (26 %). Le poids de la dette ne préfigure pas de la capacité de désendettement puisque la dette des HL représente seulement 4,4 années de CAF mais celle des CHRU 7,1 années.



Source : DGFIP, 2010



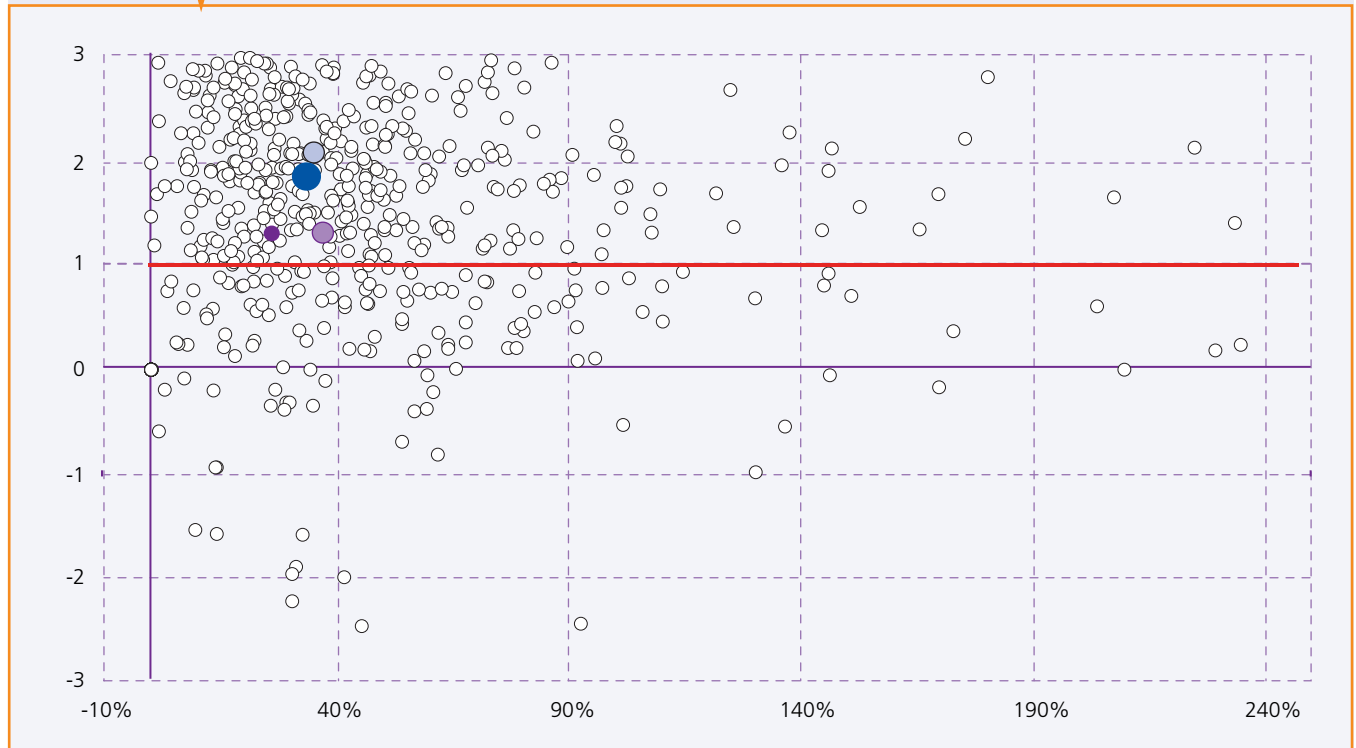
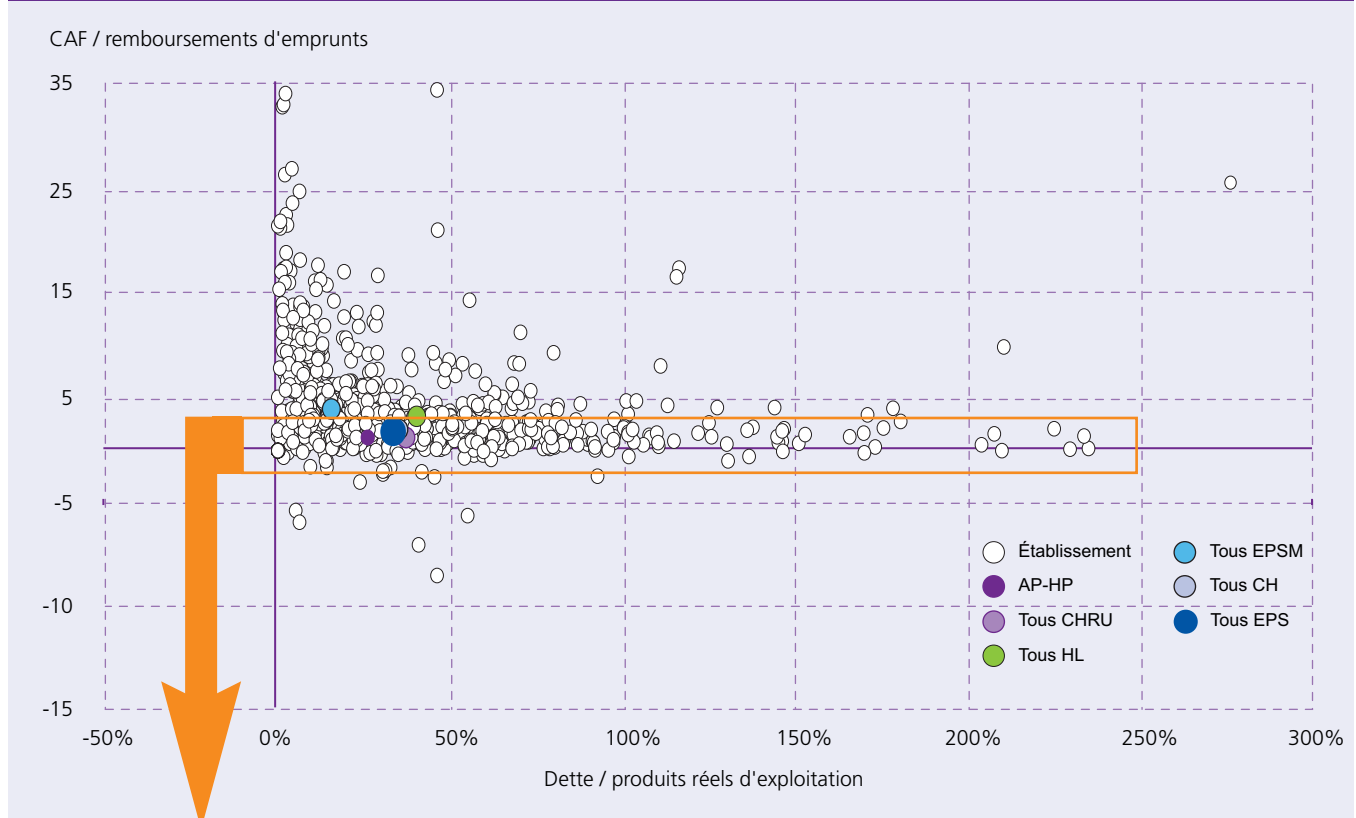
Source : DGFiP, 2010

La progression de l'encours de dette des hôpitaux n'est pas surprenante, elle est le résultat d'un plan de relance de l'investissement sans précédent. Aujourd'hui, la question qui se pose est celle du remboursement des échéances dans les années à venir, dans un contexte de ressources financières resserrées. Les remboursements du capital des emprunts doivent être intégralement couverts par la CAF. Le ratio du taux de couverture (CAF/remboursements d'emprunts) s'est dégradé depuis quelques années passant de 2,4 en 2002 à 1,9 en 2009. Mais cette moyenne ne rend pas compte des situations individuelles tendues, qui sont qualifiées par un ratio inférieur à 1. En 2009, un peu moins de 150 hôpitaux sont dans cette situation, contre 200 en 2007. Chaque situation nécessiterait

naturellement une analyse approfondie pour bien en connaître l'ensemble des ressorts et apprécier la pérennité des tensions financières.

En positionnant les établissements en fonction du poids de leur dette dans les produits réels d'exploitation et leur taux de couverture des remboursements d'emprunts, on peut observer une grande diversité des situations. Les plages de valeur pour les deux ratios sont très étendues et la relation entre poids de la dette et capacité de remboursement n'est pas évidente. Un zoom sur les valeurs les plus faibles du taux de couverture met en évidence une dispersion relative des établissements.

Positionnement des établissements en fonction du poids de la dette et de la capacité de remboursement en 2009



Source : DGFiP, 2010



# Établissements de santé privés non lucratifs

## Synthèse des résultats des comptes financiers 2008 et 2009

### des établissements de santé privés non lucratifs adhérents à la FEHAP



# Établissements de santé privés non lucratifs

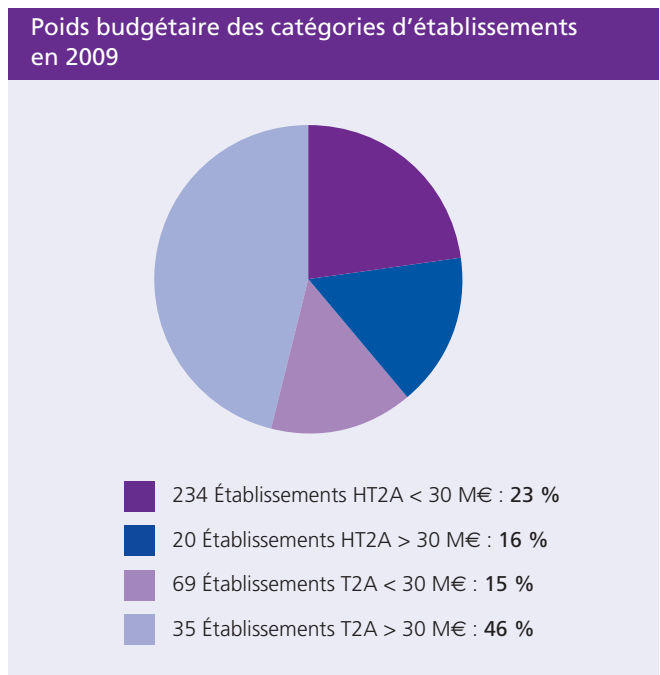
## Synthèse des résultats des comptes financiers 2008 et 2009

### des établissements de santé privés non lucratifs adhérents à la FEHAP

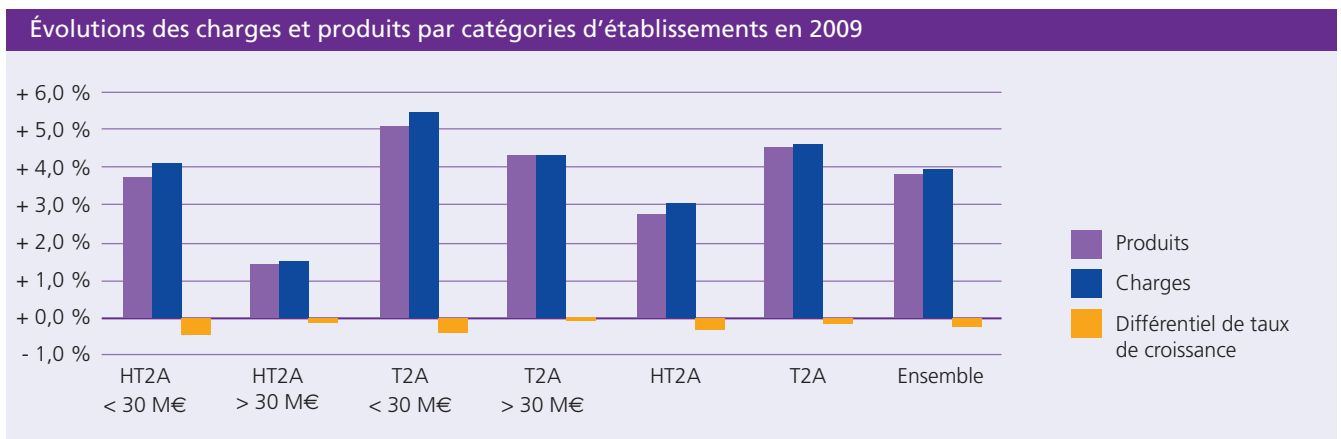
Pour les années 2008 et 2009, la FEHAP a analysé les comptes financiers de quelques-uns des établissements de santé privés sans but lucratif adhérents. Ceux-ci perçoivent environ 70 % des recettes versées par l'assurance maladie aux établissements privés non lucratifs (hors CLCC) financés antérieurement par dotation globale. Il s'agit d'établissements dont le budget moyen (tous comptes confondus) est de l'ordre de 18 millions d'euros contre 63 millions d'euros pour les EPS.

Les établissements de la base FEHAP sont répartis selon leur chiffre d'affaires (moins de 30 millions d'euros et 30 millions d'euros et plus) et selon qu'ils sont soumis ou non à la tarification à l'activité (« T2A » et « HT2A »). En volume budgétaire, les 104 hôpitaux privés soumis à la T2A représentent la majorité de l'échantillon étudié (61 %) et 254 établissements non soumis à la T2A une minorité (39 %). En nombre d'établissements, les rapports sont inversés. À noter que les 35 gros établissements soumis à la T2A pèsent pour près de la moitié du chiffre d'affaires total.

Pour l'ensemble des établissements considérés, la progression des charges a été légèrement plus rapide que celle des produits en 2009, + 4,0 contre + 3,8 %, entraînant une dégradation du résultat de l'exercice. Cet effet ciseaux est observable pour les quatre catégories d'établissements. Les recettes versées par l'assurance maladie, qui représentent près de 85 % des recettes du compte de résultat principal, ont progressé de 3,7 % entre 2008 et 2009.



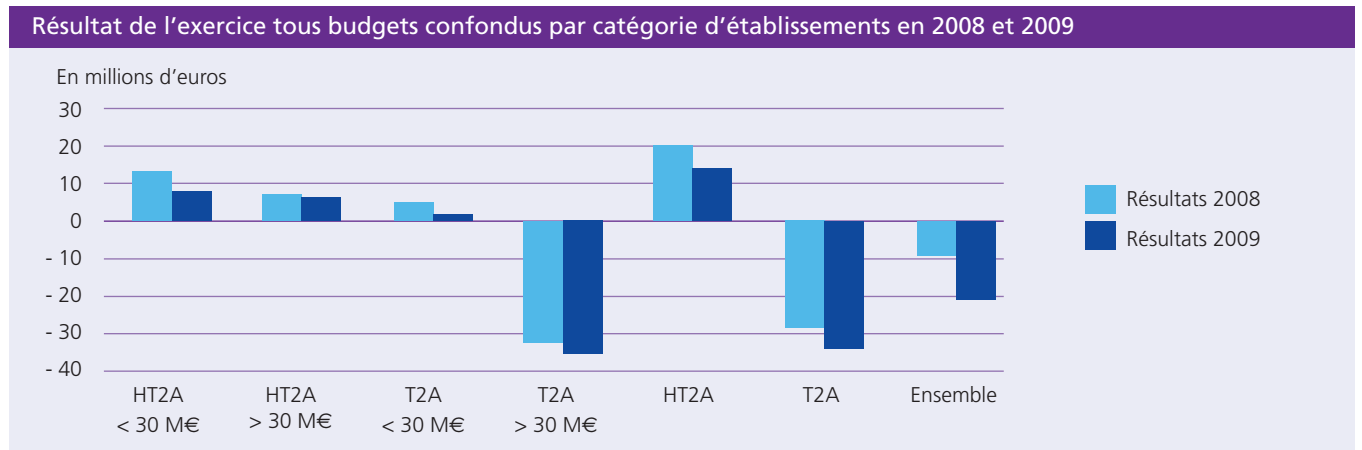
Source : FEHAP, 2011



Source : FEHAP, 2011

Pour l'ensemble des établissements analysés, le résultat de l'exercice 2009 se dégrade fortement, passant d'un montant déficitaire de 9 à 21 millions d'euros. Les quatre catégories d'établissements enregistrent une dégradation plus ou moins forte de leurs comptes.

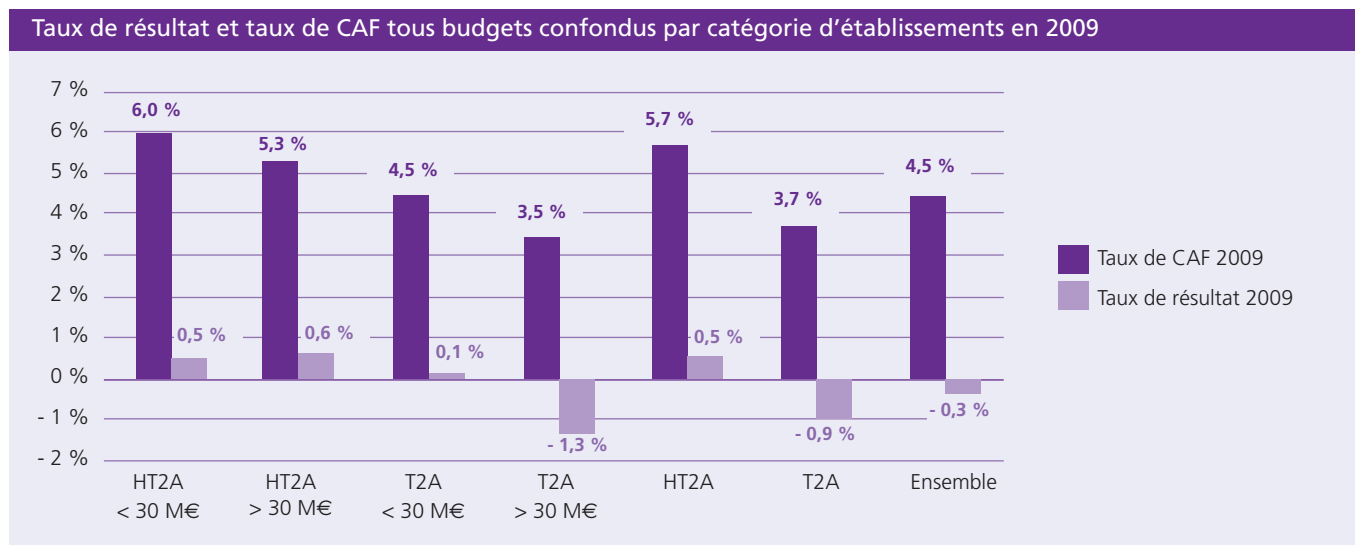
Toutefois, les grandes tendances sont conservées : les hôpitaux non soumis à la T2A parviennent à maintenir une situation excédentaire et les hôpitaux au chiffre d'affaires important et soumis à la T2A accusent un déficit en progression.



Source : FEHAP, 2011

Les ratios de marge, que sont le taux de CAF et le taux résultat, permettent de relativiser les constats précédents. En 2009, le taux de résultat s'élève à - 0,3 % et le taux de CAF à 4,5 %. La valeur de ces ratios varie sensiblement selon la catégorie d'établissements.

Les hôpitaux privés non lucratifs non soumis à la T2A affichent des valeurs plus confortables, pour les deux ratios, que leurs confrères soumis à la T2A. On note également un effet taille « inversé » au sein des catégories T2A et HT2A pour le ratio CAF.



Source : FEHAP, 2011

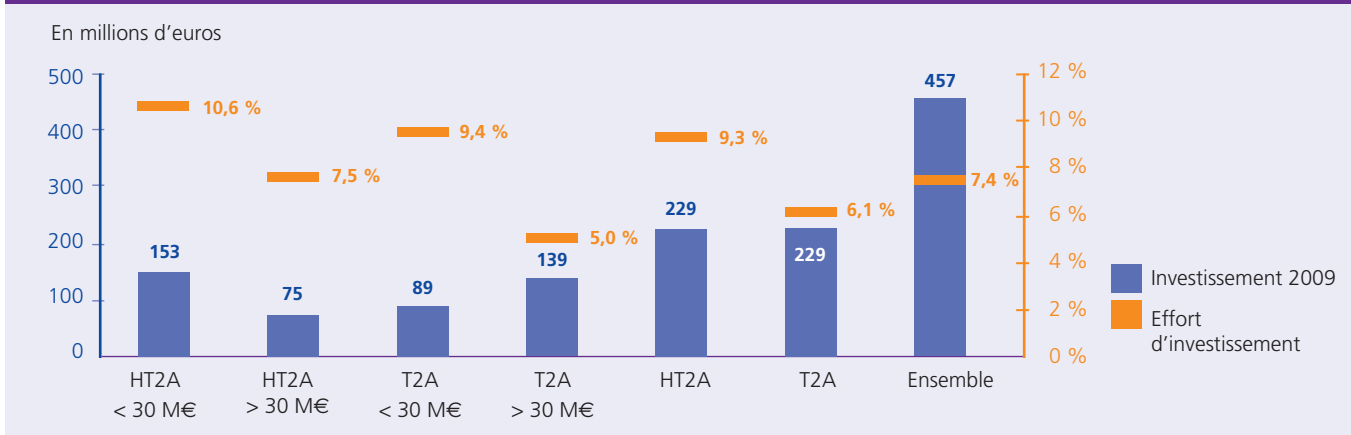
Les hôpitaux privés non lucratifs analysés ont investi plus de 450 millions d'euros en 2009 (+ 26 % par rapport à 2008). Cette dépense est portée à parts égales entre hôpitaux soumis à la T2A et ceux non soumis à la T2A. L'effort d'investissement

est en moyenne de 7,4 %, mais est bien plus élevé dans les hôpitaux non soumis à la T2A que chez leurs confrères, 9,3 % contre 6,1 %.

La CAF couvre plus de 60 % des dépenses d'investissement direct).



### Investissement par catégorie d'établissements en 2009

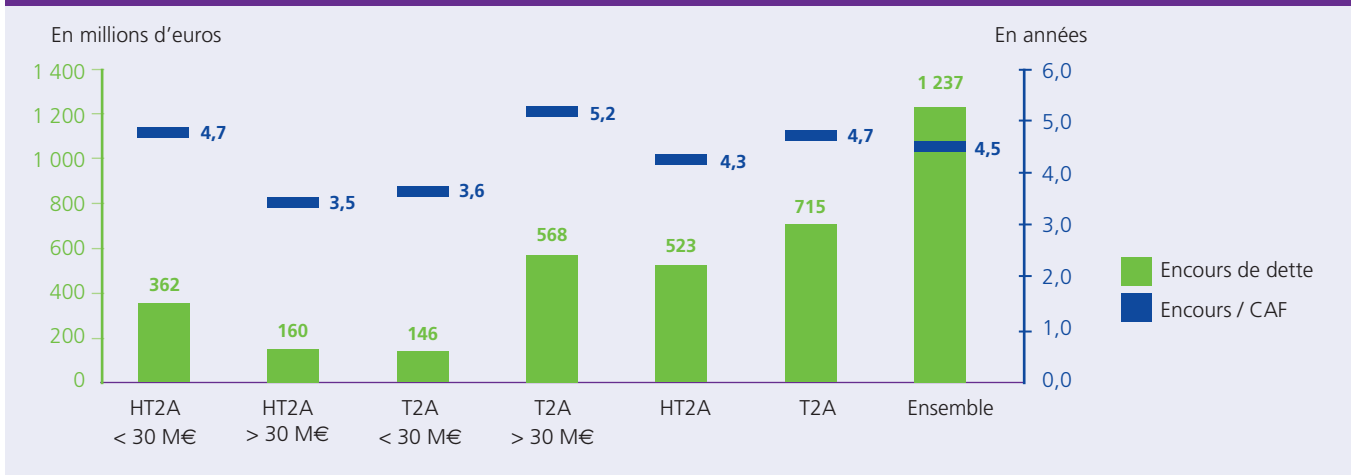


Source : FEHAP, 2011

Les hôpitaux privés de la base FEHAP enregistrent en 2009 un encours de dette total de plus de 1,2 milliard d'euros, en progression de 4,9 % par rapport à 2008. En tenant compte du ratio de désendettement, qui rapporte l'encours de dette à la CAF, on

constate des disparités entre catégories d'établissements. En particulier, les grands hôpitaux soumis à la T2A affichent un ratio plus élevé que la moyenne de l'échantillon, 5,2 années contre 4,5 années.

### Encours de dette par catégorie d'établissements en 2009



Source : FEHAP, 2011

