

# Note de conjoncture Finances hospitalières

## Résultats 2010 et grandes tendances 2011

### Éditorial

Les comptes de 2010 marquent une pause : après deux années d'amélioration de leur situation financière, les hôpitaux publics consolident leur position. En particulier, les marges d'exploitation – marge brute et capacité d'autofinancement – pour l'ensemble des hôpitaux, se stabilisent et le déficit se maintient à son niveau de 2009. Toutefois, à l'échelon individuel, plusieurs établissements restent dans une situation financière fragile, marquée par un déficit cumulé élevé et une trésorerie tendue.

Les investissements hospitaliers, après une croissance soutenue de plusieurs années, enregistrent une baisse, le plan national Hôpital 2007 touchant à sa fin et les autres plans d'investissement en vigueur peinant à prendre le relais. L'autofinancement reste la première source de financement des investissements, devant le recours à l'endettement qui se replie sensiblement en 2010.

En 2011 et 2012, dans le contexte restrictif des finances publiques, les hôpitaux doivent faire face à une contrainte budgétaire resserrée, doublée d'une raréfaction des crédits bancaires.

### Compte simplifié des établissements publics de santé

En milliards d'euros	2008	2009	2009 /2008 (en %)	2010	2010 /2009 (en %)
<b>Comptes de résultat consolidés</b>					
<b>Produits réels</b>	<b>63,4</b>	<b>65,5</b>	<b>+ 3,3</b>	<b>67,3</b>	<b>+ 2,8</b>
dont Produits courants (1)	62,6	64,6	+ 3,2	66,5	+ 2,9
<b>Charges réelles</b>	<b>60,1</b>	<b>61,6</b>	<b>+ 2,5</b>	<b>63,4</b>	<b>+ 3,0</b>
dont Charges courantes (2)	58,6	60,1	+ 2,5	61,9	+ 3,0
Marge brute (1-2 = 3)	4,0	4,5	+ 13,7	4,6	+ 2,5
<i>Résultat des op. réelles financières et exceptionnelles (4)</i>	- 0,6	- 0,6	+ 3,5	- 0,7	- 18,3
<b>Capacité d'autofinancement (3+4 = 5)</b>	<b>3,3</b>	<b>3,9</b>	<b>+ 16,9</b>	<b>3,9</b>	<b>- 0,0</b>
<i>Résultat des opérations d'ordre et produits de cession (6)</i>	- 3,7	- 4,1	- 12,1	- 4,1	+ 0,0
Résultat de l'exercice (5+6)	- 0,3	- 0,2	+ 35,4	- 0,2	+ 0,1
<b>Tableau de financement</b>					
<b>Emplois d'investissement (hors dette) (7)</b>	<b>6,4</b>	<b>6,8</b>	<b>+ 7,7</b>	<b>6,5</b>	<b>- 4,6</b>
Investissement direct	6,3	6,8	+ 7,2	6,5	- 4,5
Autres dépenses	0,1	0,1	+ 72,3	0,1	- 13,1
<b>Ressources d'investissement (hors dette) (8)</b>	<b>4,0</b>	<b>4,6</b>	<b>+ 17,0</b>	<b>4,6</b>	<b>- 1,8</b>
Capacité d'autofinancement	3,3	3,9	+ 16,9	3,9	- 0,0
Dotations et subventions	0,3	0,4	+ 24,4	0,3	- 16,9
Autres ressources	0,3	0,3	+ 10,4	0,3	- 5,0
<b>Besoin de financement (7-8)</b>	<b>2,4</b>	<b>2,2</b>	<b>- 7,8</b>	<b>2,0</b>	<b>- 10,5</b>
Endettement (9)	3,0	2,9	- 2,9	2,4	- 19,7
<i>Emprunts</i>	4,9	5,1	+ 3,1	4,4	- 14,2
<i>Remboursements</i>	1,9	2,1	+ 12,6	2,0	- 6,6
<b>Variation du fonds de roulement (9-7+8)</b>	<b>0,6</b>	<b>0,7</b>	<b>+ 15,2</b>	<b>0,4</b>	<b>- 46,7</b>

Source : DGFIP

## 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>Constats et perspectives</b>	<b>6</b>
ONDAM 2010	6
Perspectives 2011 et 2012	7
<b>Établissements publics de santé</b>	
<b>Comptes de résultats - Principal et Annexes</b>	<b>9</b>
Des produits moins dynamiques	9
Des charges en accélération	12
Effet ciseaux entre produits et charges	15
Marges d'exploitation stabilisées	16
<i>Statu quo</i> du déficit	18
<b>Établissements publics de santé</b>	
<b>Dépenses d'investissement et moyens de financement</b>	<b>21</b>
Les dépenses d'investissement direct en baisse	21
Un effort d'investissement en recul mais un taux de vétusté toujours en amélioration	24
Moyens de financement : modification de l'équation de financement des investissements hospitaliers	24
Nouvelle hausse de l'encours de dette et dégradations des ratios d'endettement	26
<b>Grandes tendances 2011 et perspectives 2012</b>	<b>28</b>

## 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
ATIH :	agence technique de l'information sur l'hospitalisation
CAF :	capacité d'autofinancement
CCSS :	commission des comptes de la sécurité sociale
CET :	compte épargne-temps
CH :	centre hospitalier
CHRU :	centre hospitalier régional / universitaire
CLCC :	centre de lutte contre le cancer
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
EBNL :	établissement à but non lucratif
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
ESPIC :	établissement de santé privé d'intérêt collectif
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
GHS :	groupe homogène de séjour
GVT :	glissement vieillesse technicité
HAD :	hospitalisation à domicile
HL :	hôpital local
IAF :	insuffisance d'autofinancement
IFSI :	institut de formation en soins infirmiers
LPPF :	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
SROS :	schéma régional d'organisation sanitaire
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, 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'ATIH ainsi que sur les comptes publiés par la sécurité sociale et les données de la SAE.

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 longue période.

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, une telle analyse ne peut se faire qu'à des niveaux agrégés ;
- les comptes de variation de stocks étant disponibles 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 soldes (marge brute, CAF et résultat) ne sont pas impactés ;

- les comptes de l'AP-HP présentent une particularité : les flux financiers internes entre établissements de l'hôpital (par exemple, la refacturation par la pharmacie centrale des médicaments consommés par les cinquante établissements de l'AP-HP) ne sont pas consolidés dans les données du compte financier. Le total des produits et celui des charges sont donc surestimés (du même montant). Un rapprochement entre les comptes figurant dans la base de la DGFIP et ceux retraités en interne par l'AP-HP montre notamment un écart significatif, de l'ordre de 500 M€, sur le poste de produits « Rétrocession de médicaments » et, en contrepartie, pour le même montant, sur le poste de charges « Achat stockés - Autres produits pharmaceutiques et produits à usage médical ». Les comptes de l'AP-HP seront, dans cette Note, retraités à chaque fois que cela sera possible.

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 de 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 2010, les établissements publics de santé (EPS) recensés dans la base de la DGFIP étaient au nombre de 1 034, dont 32 centres hospitaliers régionaux universitaires (CHRU) y compris l'AP-HP, 475 centres hospitaliers (CH), 90 établissements de santé mentale (EPSM), 356 ex-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 de fusion de deux EPS ou bien 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 de 2010, les comptes de ces deux établissements sont toujours tenus séparément.

La catégorie des **CH**, la plus nombreuse (475 établissements), comprend des centres hospitaliers généraux comme des petits hôpitaux. Elle a été subdivisée en trois sous-catégories en fonction de la taille budgétaire de 2010 (montant des produits réels d'exploitation du budget principal) : moins de 20 millions d'euros (134 établissements), de 20 à 70 millions d'euros (196) et plus de 70 millions d'euros (145).

La catégorie des **ex-HL** comprend, outre tous les ex-hôpitaux locaux, quelques petits centres hospitaliers dont l'activité et la taille budgétaire les assimilent à ces derniers. Elle compte 356 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.

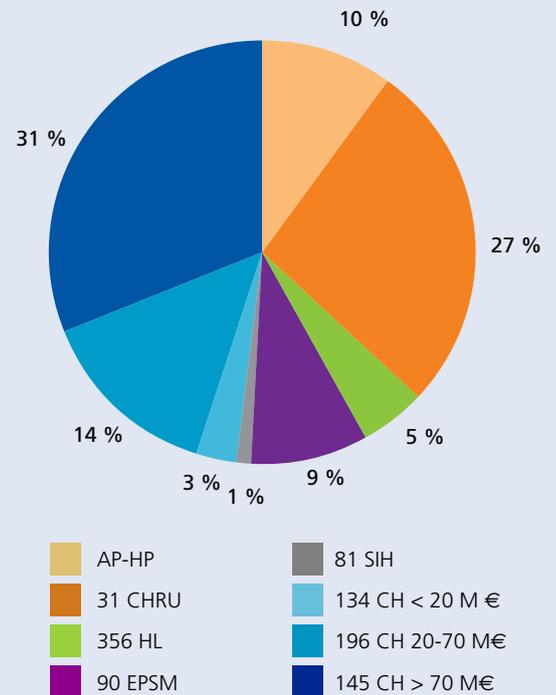
Parmi la petite centaine d'établissements classés par la DGFIP en **SIH** et autres (principalement des IFSI), une demi-douzaine a été reclassée dans la catégorie des CH, lorsque l'activité à caractère sanitaire et la taille budgétaire le justifiaient. Notons alors que la catégorie « SIH » ainsi constituée 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. En revanche, a été intégré en 2010 dans cette catégorie un GCS (groupement de coopération sanitaire) nouvellement créé et ayant opté pour une comptabilité en M21.

Ces effets de champs 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 qui ne figurent plus dans la base DGFIP 2010 ont été retirés des données pour les années antérieures. 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. En particulier, des CHRU ont pu reprendre l'activité de petits établissements (exemple de la fusion du CHRU de Brest et du CH de Carhaix). Dans la mesure du possible, ces mouvements ont été retraités.

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 (dont les données ont été retraitées, voir *supra*), contribuent pour plus du tiers aux dépenses hospitalières (37 %), tandis que les hôpitaux locaux, bien que très nombreux, n'en représentent que 5 %. Les CHRU et les plus grands CH réunis pesant pour plus de 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 en 2010



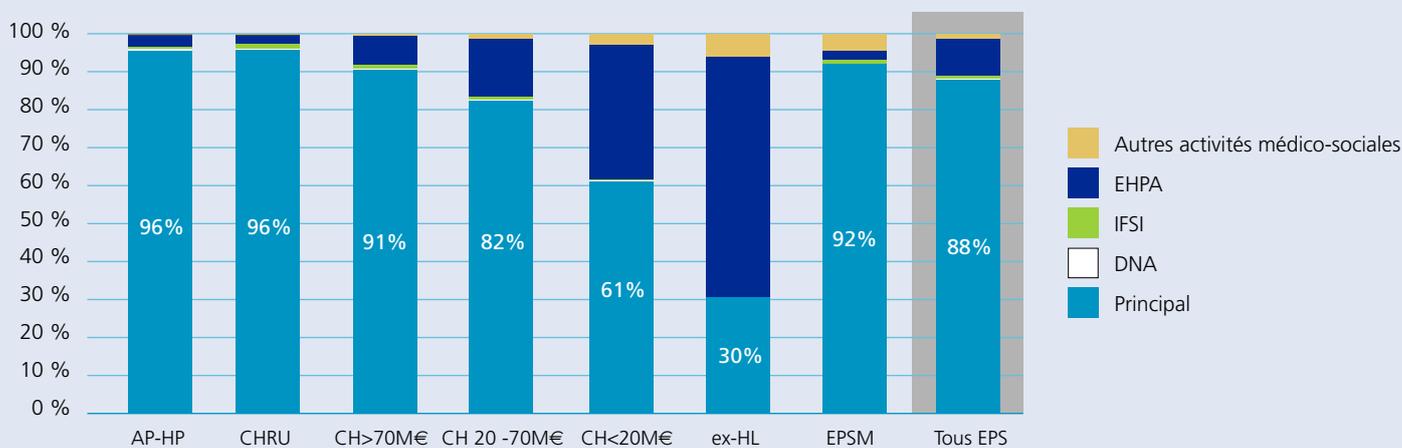
Source : DGFIP

## 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 moins de 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 1,2 %.

D'une catégorie d'établissements à l'autre, cette répartition des charges 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 2010



Source : DGFIP

# Finances publiques - Assurance maladie

## Constats et perspectives

### Des déficits sociaux historiques

Le déficit de la sécurité sociale s'est de nouveau détérioré pour atteindre en 2010 un niveau historique : 29,8 milliards d'euros, soit l'équivalent de 1,5 % du PIB<sup>1</sup>. Les quatre branches de prestations des régimes sociaux sont déficitaires, mais la branche maladie, avec 11,4 milliards d'euros, affiche le déficit le plus élevé. Pourtant, les charges comprises dans le périmètre de l'ONDAM ont enregistré une décélération importante<sup>2</sup>.

### ONDAM 2010

#### ONDAM 2010 : respecté pour la première fois depuis 1997

La loi de financement de la sécurité sociale (LFSS) pour 2010 avait fixé l'objectif national de dépenses d'assurance maladie (ONDAM)

à 162,4 milliards d'euros pour cet exercice. Pour la première fois depuis 1997, l'ONDAM voté par le Parlement serait respecté. Les dépenses constatées en 2010 se sont élevées à 161,8 milliards d'euros, en retrait de 0,6 milliard d'euros par rapport à l'objectif arrêté dans la LFSS. Cette sous-consommation est imputable principalement aux soins de ville et, dans une moindre mesure, aux établissements de santé.

Au total, les dépenses dans le champ de l'ONDAM ont progressé de 2,5 %, ce qui représente une inflexion notable par rapport à 2009 et 2008 (+ 3,5 % les deux années). Ce taux de progression (+ 2,5 %) est inférieur au taux retenu initialement dans la LFSS pour 2010 (+ 3,0 %), en raison principalement d'une sous-estimation importante de la base de référence (les réalisations 2009).

#### Bilan de l'ONDAM 2010 : Évolutions et dépassements

En milliards d'euros	Base 2010 réactualisée* (1)	Montant des dépenses 2010 Constat provisoire**(2)	Taux d'évolution (2)/(1)	Sous-objectifs arrêtés 2010 (3)	Sur / Sous consommation (2) - (3)
Soins de ville	72,9	74,8	+ 2,6 %	75,2	- 0,4
Établissements de santé	69,4	70,8	+ 2,0 %	70,9	- 0,1
Établissements et services médico-sociaux	14,4	15,1	+ 5,0 %	15,2	- 0,1
<i>dont établissements et services pour personnes âgées</i>	6,6	7,2	+ 8,9 %	7,3	- 0,1
<i>dont établissements et services pour personnes handicapées</i>	7,8	7,9	+ 1,7 %	7,9	0,0
Autres prises en charge	1,1	1,0	+ 2,0 %	1,0	0,0
<b>ONDAM TOTAL</b>	<b>157,8</b>	<b>161,8</b>	<b>+ 2,5 %</b>	<b>162,4</b>	<b>- 0,6</b>

Source : d'après le Rapport de la Commission des comptes de la sécurité sociale (CCSS), septembre 2011

\* : réalisations 2009 connues en septembre 2011 et ramenées au champ de celles de 2010.

\*\* : réalisations 2010 connues en septembre 2011 ; elles sont encore susceptibles d'évoluer.

#### L'ONDAM hospitalier 2010 : sous-consommation inédite malgré une croissance soutenue de l'activité

Les dépenses afférentes aux établissements de santé se sont établies à 70,8 milliards d'euros en 2010, en progression de 2,0 % par rapport à la base 2010 actualisée, après + 3,6 % en 2009. Elles sont inférieures de 150 millions d'euros à l'objectif voté en LFSS. Les établissements anciennement sous dotation globale contribuent pour près de 50 millions d'euros à cette sous-exécution et les cliniques privées pour 100 millions d'euros<sup>3</sup>. Cette sous-consommation inédite de l'ONDAM hospitalier s'explique par l'annulation de crédits d'un montant total de 525 millions d'euros (principalement

des dotations MIGAC) venue compenser un supplément de dépenses d'environ 400 millions d'euros imputable par ailleurs à un volume d'activité hospitalière plus important que prévu.

Selon le rapport publié par l'ATIH en juillet 2011, il y a eu, en effet, à la fois sur-exécution de l'ODMCO (objectif de dépenses en médecine, chirurgie et obstétrique) pour un montant d'un peu moins de 600 millions d'euros et sous-exécution de l'ODAM (objectif des dépenses d'assurance maladie, recouvrant le financement des activités de soins de suite, de psychiatrie et de soins de longue durée) pour un peu plus de 100 millions d'euros. Le dépassement enregistré sur l'ODMCO est lié au très fort

<sup>1</sup> Source : Cour des comptes, rapport annuel sur l'application de la loi de financement de la sécurité sociale, 2011

<sup>2</sup> Remarque : le champ couvert par la branche maladie est plus large que celui de l'ONDAM. Cf. la fiche 15-2 du rapport de la CCSS de septembre 2008.

<sup>3</sup> Rapport de la Commission des comptes de la sécurité sociale, septembre 2011

dynamisme de l'activité en court séjour, comme en 2009, notamment dans le secteur public. La croissance du volume d'activité en 2010 aurait été de 3,1 % pour les établissements ancienne-

ment sous dotation globale (ou secteur public) alors que l'ONDAM hospitalier avait été bâti sous l'hypothèse d'une prévision de volume commune aux deux secteurs de + 1,7 %.

### Bilan de l'ONDAM hospitalier 2010 : Évolutions et dépassements

En milliards d'euros	Base 2010 réactualisée* (1)	Montant des dépenses 2010 Constat provisoire**(2)	Taux d'évolution (2)/(1)	Sous-objectifs arrêtés 2010 (3)	Sur / Sous consommation (2) - (3)
ODMCO	43,7	44,9	+ 2,6 %	44,3	0,6
<i>dont ODMCO public***</i>	<i>34,0</i>	<i>35,0</i>	<i>+2,7 %</i>	<i>34,5</i>	<i>0,5</i>
<i>dont ODMCO privé</i>	<i>9,7</i>	<i>9,9</i>	<i>+ 2,2 %</i>	<i>9,8</i>	<i>0,1</i>
MIGAC	7,7	7,8	+ 1,6 %	8,1	- 0,3
ODAM (DAF et USLD)	15,5	15,3	- 0,9 %	15,4	- 0,1
OQN PSY/SSR	2,2	2,4	+ 5,1 %	2,4	0,0
<b>Total ONDAM Hospitalier (hors dépenses non régulées et FMESPP)</b>	<b>69,1</b>	<b>70,3</b>	<b>+ 1,8 %</b>	<b>70,2</b>	<b>0,1</b>

Source : Rapport général sur les réalisations de la campagne budgétaire 2010 de l'ATIH, juillet 2011 et Note semestrielle de l'Observatoire de l'hospitalisation publique et privée, septembre 2011  
Remarque : le montant des dépenses non régulées est de l'ordre de 400 millions d'euros, ce qui explique, en partie, l'écart entre la ligne « Établissements de santé » du bilan 2010 établi par la CCSS et la ligne « ONDAM hospitalier » du bilan 2010 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 2009 établies par l'ATIH en juillet 2011.

\*\* : réalisations 2010 établies par l'ATIH en juillet 2011.

\*\*\* : 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.

## Perspectives 2011 et 2012

### ONDAM 2011 : respecté pour la deuxième année consécutive

L'ONDAM 2011 a été fixé à 167,1 milliards d'euros, en augmentation de 2,9 % par rapport au niveau de dépenses attendu pour 2010. Le sous-objectif de dépenses des établissements de santé a bénéficié d'un taux d'augmentation moindre, + 2,8 %, pour s'établir à 72,5 milliards d'euros (ou 72,9 milliards d'euros en comptant les dépenses non régulées).

### 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 %
ODAM (hors USLD)	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 : circulaire n° DGOS /R1/2011/125 du 30 mars 2011 relative à la campagne tarifaire 2011 des établissements de santé

Selon les dernières informations disponibles, l'objectif voté pour 2011 devrait être respecté. Une fois de plus, les établissements de santé devraient enregistrer un volume d'activité plus fort que

prévu, malgré une révision à la hausse de la « provision volume » pour 2011 : 2,4 % contre 1,7 % l'année précédente. Cette forte activité se traduirait par un dépassement de l'ordre de 300 millions d'euros de l'ODMCO, selon le dernier avis rendu par le Comité d'alerte en octobre 2011. Le dépassement serait compensé intégralement par la non-délégation d'une partie des crédits mis en réserve en début d'année pour un montant total de 530 millions d'euros, dont 400 millions d'euros de dotations MIGAC. La circulaire du 23 décembre 2011 relative à la campagne tarifaire 2011 des établissements de santé a annoncé qu'effectivement, compte tenu des perspectives d'exécution de l'ONDAM hospitalier 2011, une partie seulement des crédits MIGAC mis en réserve est déléguée pour un montant de 100 millions d'euros.

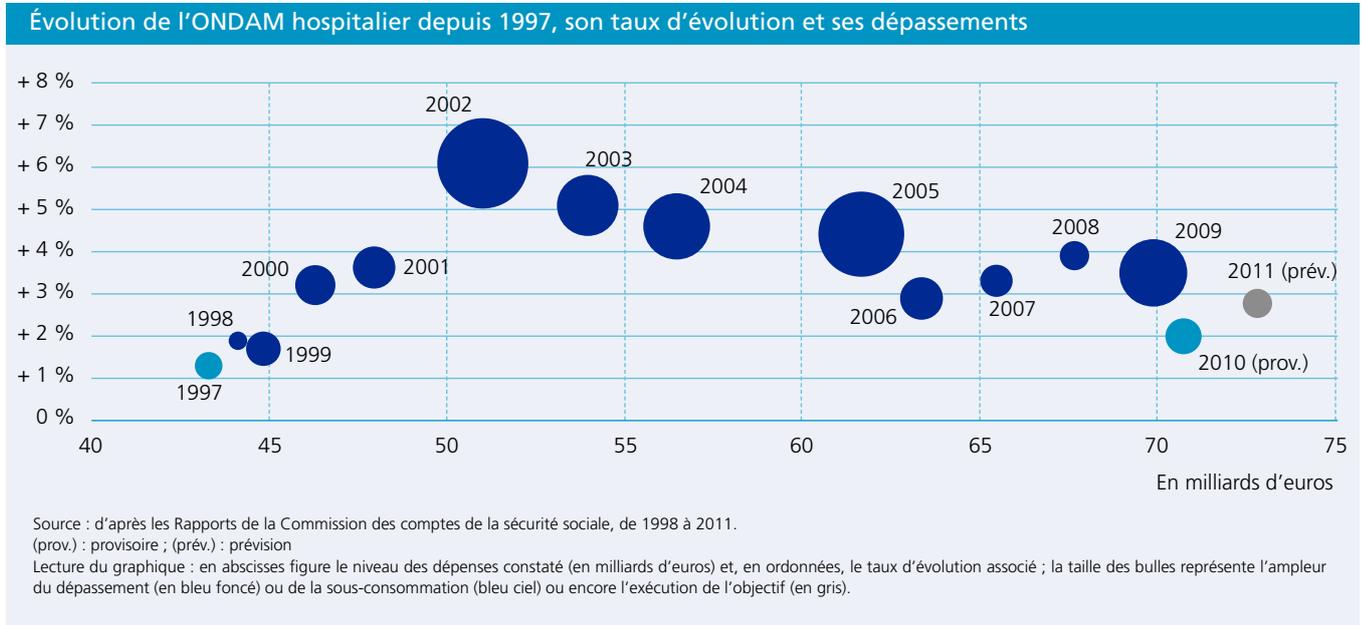
### ONDAM 2012 : révision à la baisse de son taux d'évolution

La loi de financement de la sécurité sociale (LFSS) pour 2012 a fixé l'ONDAM à 171,2 milliards d'euros, en progression de 2,5 % par rapport à l'objectif 2011, qui serait lui-même respecté. Ce taux d'évolution est inférieur à celui qui figurait dans le PLFSS, à savoir + 2,8 %, un amendement ayant été présenté par le gouvernement en cours d'examen du projet de loi pour réviser à la baisse l'objectif de dépenses d'assurance maladie de 500 millions d'euros. Cet effort traduit les mesures prévues par le plan de retour à l'équilibre des finances publiques annoncé par le Premier ministre, le 7 novembre 2011. Il est aussi prévu dans ce plan de contenir la progression de l'ONDAM à ce taux de 2,5 % pour les années suivantes, de 2013 à 2016. Le sous-objectif de dépenses des établissements de santé a été fixé dans

la loi à 74,6 milliards d'euros, en progression de 2,3 % par rapport à l'objectif de 2011 qui devrait être respecté, contre + 2,7 % initialement retenu dans le PLFSS.

La construction de l'ONDAM hospitalier 2012 est basée sur un taux d'évolution tendancielle des dépenses afférentes aux

établissements de santé avant mesures d'économie de + 3,3 %. Après application des mesures prévues dans le plan de retour à l'équilibre des finances publiques, c'est une économie de l'ordre de 500 millions d'euros qui est demandée aux hôpitaux, consistant notamment en la poursuite de la convergence tarifaire et l'amélioration de la performance à l'hôpital.



# Établissements publics de santé

## Comptes de résultat – Principal et Annexes

L'année 2010 a été marquée par le resserrement de la contrainte budgétaire : l'ONDAM hospitalier voté, selon un taux d'évolution relativement faible au regard des années précédentes, devait être impérativement respecté. En 2010, les produits perçus par les hôpitaux évoluent, sans surprise, plus faiblement que les années précédentes et surtout selon un rythme inférieur à celui des charges : ils augmentent respectivement de 2,8 % et 3,0 %. Cet effet ciseaux se traduit par une stabilisation de la capacité d'autofinancement. Le déficit se maintient, également, autour de 200 millions d'euros.

### Des produits moins dynamiques

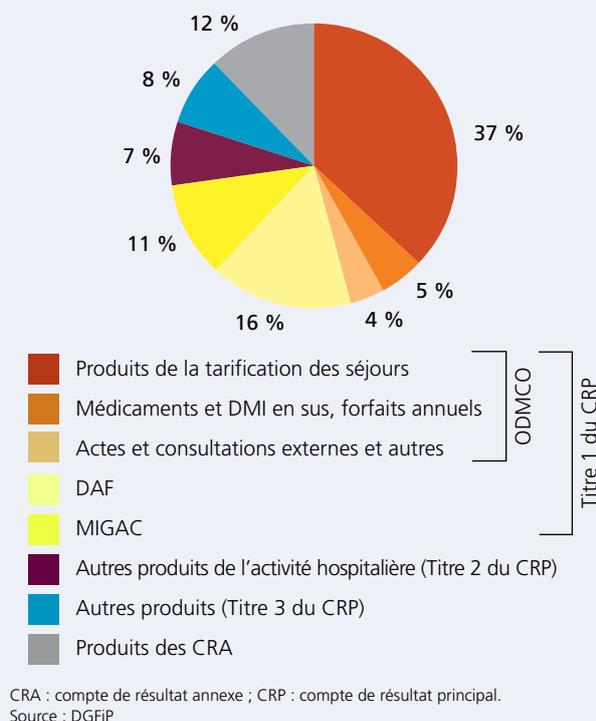
En 2010, les produits réels<sup>4</sup> ont progressé de 2,8 % pour atteindre 67,3 milliards d'euros, soit un rythme de croissance bien inférieur à celui des années précédentes (+ 3,3 % en 2009 et + 4,6 % en 2008).

### Les produits versés par l'assurance maladie au compte de résultat principal (titre 1)

Avec 48,2 milliards d'euros, ils représentent la grande majorité des produits réels tous budgets confondus (73 %). Ils pèsent donc fortement dans l'évolution des produits hospitaliers. En 2010, les produits versés par l'assurance maladie ont progressé de 2,3 % contre 3,6 % l'année précédente, ce qui représente un supplément de recettes de l'ordre de 1 milliard d'euros.

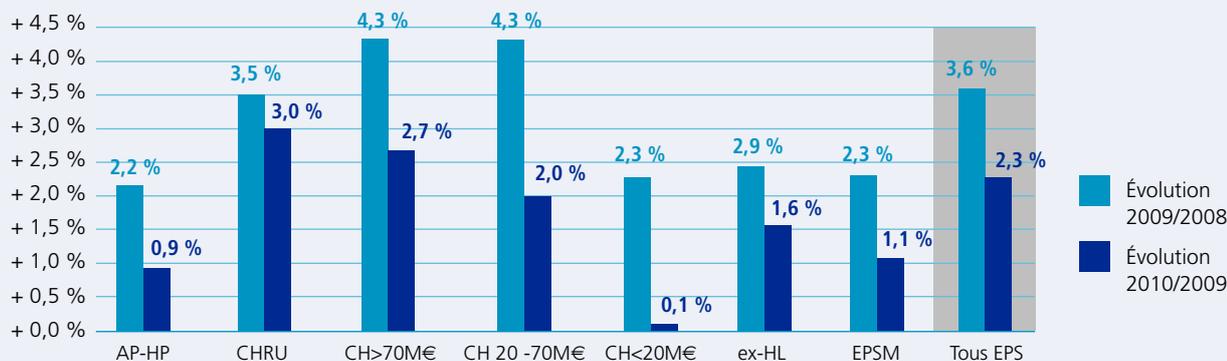
La déclinaison de l'évolution des produits versés par l'assurance maladie (Titre 1 du compte de résultat principal) par groupe d'EPS, met en évidence des situations très contrastées entre groupes d'une part, mais aussi pour un même groupe d'une année sur

Répartition des produits réels en 2010



l'autre. Si tous les groupes d'EPS connaissent une décélération de leurs produits entre 2009 et 2010, les baisses ne sont pas de même ampleur d'un groupe à l'autre. En particulier, les centres hospitaliers de petite et moyenne taille accusent une très forte décélération de croissance de leurs produits de titre 1. Au contraire, les CHRU maintiennent leurs produits de titre 1 à un bon niveau de croissance, + 3,0 %.

Évolution des produits versés par l'assurance maladie (titre 1 du CRP) par catégorie d'EPS



<sup>4</sup> Les « produits réels » correspondent à l'ensemble des produits des comptes de résultat hors recettes dites d'ordre (remboursements des budgets annexes au budget principal, reprises de provisions, etc.). Autrement dit, il s'agit de tous les produits entrant dans le calcul de la capacité d'autofinancement (CAF, voir *infra*).

Les produits de titre 1 du CRP 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 %), des médicaments et dispositifs médicaux facturés en sus et forfaits annuels (6 %) et des autres produits des prestations faisant l'objet d'une tarification spécifique, principalement des actes et consultations externes (6 %). Fin 2010, les produits de la tarification des séjours ont progressé de 2,1 % ; les autres produits, qui regroupent les médicaments et dispositifs médicaux facturés en sus, les forfaits annuels et les produits des prestations faisant l'objet d'une tarification spécifique, ont connu une croissance soutenue, de l'ordre de 7,3 %. Les dotations MIGAC versées aux EPS ont faiblement augmenté, + 1,9 %, et la DAF s'est quasiment stabilisée à son niveau de 2009, + 0,4 %.

Les taux de progression de ces différentes ressources sont encadrés par les textes réglementaires relatifs à la campagne tarifaire 2010 des établissements de santé (voir *supra* les taux d'évolution). Toutefois, leurs taux d'évolution prévus dans les textes en début de campagne diffèrent de ceux observés en fin d'exercice, en raison notamment des difficultés à anticiper correctement l'activité d'hospitalisation. Or, depuis 2010, l'ONDAM hospitalier voté doit être respecté en volume, quelle que soit la croissance de ses sous-enveloppes (ODMCO, MIGAC etc.). Un « jeu de vases communicants » entre notamment ODMCO et MIGAC est donc possible.

**Les crédits versés au titre de l'ODMCO** regroupent en premier lieu les produits de la tarification des séjours (24,7 milliards d'euros), et pour une moindre proportion, les produits des médicaments et des dispositifs médicaux facturés en sus ainsi que les produits des prestations faisant l'objet d'une tarification spécifique (principalement les actes et consultations externes), 5,8 milliards d'euros. Au total, les crédits ODMCO ont progressé de 3,1 % en 2010 contre 1,7 % en 2009. La faible performance de 2009 tient avant tout à des mouvements de champ, à savoir principalement le transfert

de l'enveloppe finançant la prise en charge de certains coûts relatifs à la permanence des soins et la prise en charge des patients en situation de précarité de l'ODMCO vers les MIGAC de l'enveloppe. En 2010, l'entrée des hôpitaux guyanais dans le champ de la T2A biaise, positivement cette fois-ci, le taux de croissance de l'ODMCO. À périmètre constant (hors Guyane), le taux de croissance serait plutôt de 2,8 %. Il est donc périlleux de comparer à champ non constant les évolutions annuelles. Tout au plus, peut-on estimer l'évolution de l'ODMCO en 2009, à champ constant, au moins égale à celle de 2010. Selon l'ATIH, dans ses rapports sur les réalisations de la campagne budgétaire, l'activité a été particulièrement dynamique en séjours comme en actes et consultations externes dans les hôpitaux anciennement sous dotation globale en 2009 mais également en 2010, respectivement + 3,4 % et + 2,8 % (voir encadré ci-dessous). Pour cette dernière année, la dynamique de l'activité se traduit plus directement dans l'évolution de l'ODMCO, les effets de champ étant fortement réduits.

La faible évolution **des crédits MIGAC** en 2010 (7,0 milliards d'euros, + 1,9 %) rompt avec les taux de croissance élevés enregistrés les années précédentes. Outre la quasi-disparition des effets de champ favorables jusque-là à l'enveloppe MIGAC – à l'exception notable de l'entrée des hôpitaux guyanais dans le régime de la T2A – il convient de rappeler le gel des crédits MIGAC pour un montant de 365 millions d'euros et dégelés par la suite que très partiellement, à hauteur de 40 millions d'euros. L'opération de mise en réserve de crédits s'est faite en cours d'année, à la suite des recommandations du rapport du groupe de travail sur le pilotage des dépenses d'assurance maladie présidé par Raoul Briet, conseiller à la Cour des comptes. L'essentiel des crédits gelés ont relevé de la partie « AC » (aide à la contractualisation), ce qui explique la forte divergence de taux d'évolution entre les enveloppes « MIG » (missions d'intérêt général) et « AC » en 2010, respectivement + 5,7 % (+ 5 % hors effet champ « Guyane »<sup>5</sup>) et - 7,4 %<sup>6</sup>.

## Évolution du « volume économique » des hôpitaux (à périmètre tarifaire et à tarifs constants)

L'ATIH a mis en évidence, dans ses rapports sur les réalisations des campagnes budgétaires, l'évolution du « volume économique » de l'activité tarifée (séjours GHS, HAD, séances et actes et consultations externes) par catégorie d'établissements. L'évolution du volume économique se mesure en comparant la valorisation monétaire de l'activité selon la classification propre à chaque exercice mais à champ tarifaire constant (annulation des effets « précarité » et « permanence des soins » notamment). Il recouvre deux évolutions, celle du volume physique des séjours et celle de la structure d'activité. Le calcul de l'évolution du volume économique permet de travailler hors impact des évolutions tarifaires et des effets de champs cités ci-dessus.

	2009	2010
AP-HP	+ 1,1 %	+ 2,6 %
CH	+ 3,4 %	+ 2,4 %
CHR	+ 4,2 %	+ 3,5 %
<b>Total EPS</b>	<b>+ 3,4 %</b>	<b>+ 2,8 %</b>
CLCC	+ 6,2 %	+ 4,5 %
EBNL	+ 6,1 %	+ 7,0 %
<b>Total EPS + EBNL</b>	<b>+ 3,7 %</b>	<b>+ 3,1 %</b>

Source : ATIH, Le rapport général sur les réalisations de la campagne budgétaire, 2009 et 2010 ; calculs Dexia

<sup>5</sup> En 2010, les hôpitaux guyanais sont passés du système de rémunération en dotation globale (enregistrée en DAF) à la T2A.

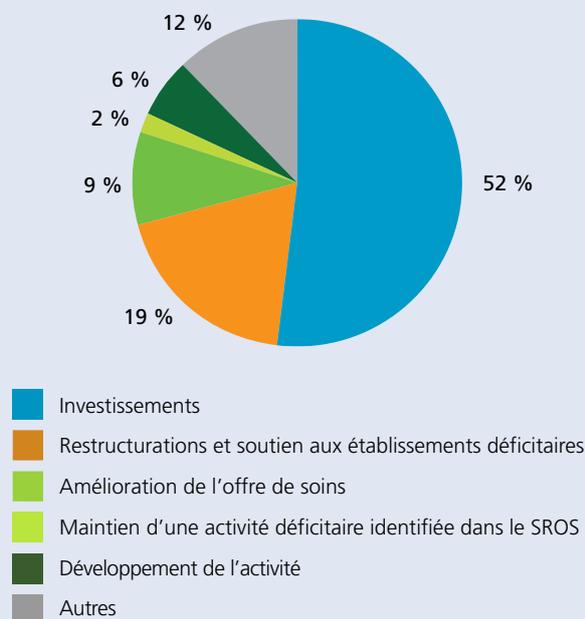
<sup>6</sup> Ces deux taux d'évolution sont issus du Rapport 2011 au Parlement sur les missions d'intérêt général et l'aide à la contractualisation (MIGAC), la comptabilisation des « AC » au compte dédié, C731182 ne paraissant pas fiable.

**Rapport 2011 au Parlement sur les missions d'intérêt général et l'aide à la contractualisation (MIGAC)  
Zoom sur la partie « AC » (aide à la contractualisation)**

Selon le Rapport 2011 au Parlement sur les missions d'intérêt général et l'aide à la contractualisation (MIGAC), l'enveloppe MIGAC notifiée par les ARS (agences régionales de santé) aux établissements de santé s'élève à 7,799 milliards d'euros en 2010, dont 7,717 milliards d'euros pour les établissements antérieurement sous dotation globale (EPS et ESPIC), soit une progression annuelle des crédits de 1,9 % par rapport à 2009 ou de 1,1 % si l'on retire l'effet champ « Guyane ». En rapprochant ces données de celles de la base DGFiP, on peut estimer que les EPS perçoivent environ 90 % des crédits MIGAC dont près des deux tiers sont versés à l'AP-HP et aux CHRU, aux ESPIC 9 % et aux cliniques privées 1%.

Les crédits « AC » notifiés aux établissements en 2010 se sont élevés à 2,240 milliards d'euros, représentant 28,7 % de l'enveloppe totale MIGAC. Plus des deux tiers des financements au titre des « AC » ont concerné, soit les investissements (52 %), soit les restructurations et le soutien aux établissements déficitaires (19 %). S'agissant des investissements, les crédits se répartissent à parts égales entre les plans nationaux d'investissement – principalement plans Hôpital 2007 et Hôpital 2012 – et les financements régionaux d'investissement.

**Ventilation des crédits «aide à la contractualisation» (AC) par destination**



**La DAF** du compte de résultat principal (10,6 milliards d'euros) augmente faiblement entre 2009 et 2010, + 0,4 %. La faible évolution s'explique avant tout par le passage des établissements de Guyane d'un financement en dotation globale (enregistrée en DAF) à un financement en T2A. Hors cet effet champ, la progression aurait été plutôt de + 1,6 %. En outre, s'ajoute un gel de crédits DAF en cours d'exercice 2010 opéré pour respecter l'ONDAM hospitalier.

**Les autres produits de l'activité hospitalière (titre 2 du compte de résultat principal)**

Ces produits, qui correspondent pour l'essentiel aux frais restant à la charge des patients ou de leurs compagnies d'assurance, atteignent 4,8 milliards d'euros en 2010, soit 7 % du total des produits réels. Ils continuent de progresser à un rythme soutenu, + 5,1 % contre + 4,0 % en 2009. Pour plus de la moitié (57 %), ils proviennent du paiement des tickets modérateurs. Les recettes des tickets modérateurs, dont la base de calcul – les tarifs journaliers de prestations – est déterminée par l'hôpital lui-même, n'ont que très peu augmenté (+1,5 %) cette année. Ce sont les produits des forfaits journaliers hospitaliers (24 %) qui expliquent la croissance soutenue des produits du titre 2. Ils ont, en effet, bénéficié de la revalorisation nationale des forfaits. L'arrêté du 23 décembre 2009 a fait passer le montant du forfait journalier en court et moyen séjour de 16 à 18 euros et celui en psychiatrie de 12 à 13,5 euros. Au total, les recettes provenant des forfaits journaliers ont gagné plus de 100 millions d'euros (+ 13 %) en 2010.

**Les autres produits (titre 3 du compte de résultat principal)**

Les produits du titre 3 pèsent pour 6 milliards d'euros ou 5,4 milliards d'euros après retraitement des flux internes de l'AP-HP, soit 8 % du total des produits réels. En 2010, ces produits ont fortement progressé, + 4,6 %. Ils sont constitués, pour leur majorité, de recettes de la vente de marchandises (rétrocession de médicaments par exemple), de prestations annexes à l'activité hospitalière (majoration pour chambre particulière par exemple) et d'autres produits de gestion courante mais également des remboursements sur rémunérations et charges sociales. La croissance de ce groupe de produits est tirée par les produits issus des prestations annexes, + 15,5 %.

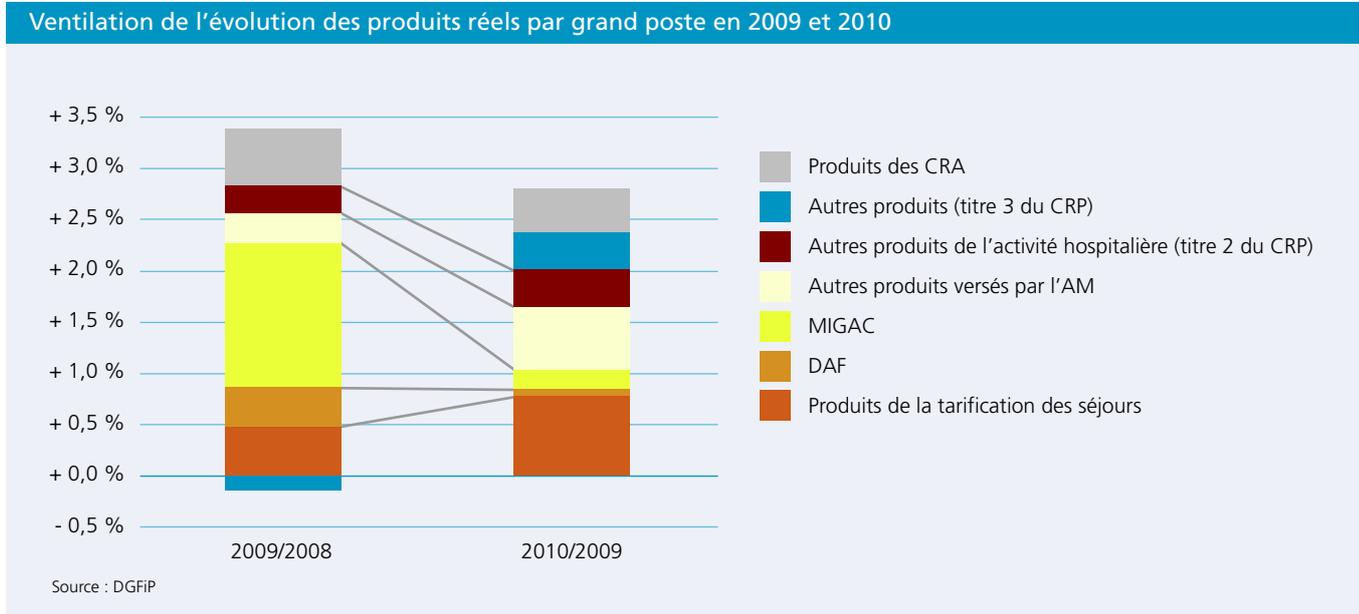
**Les produits des comptes de résultat annexes**

Ils augmentent de 3,6 % en 2010 pour atteindre 8,3 milliards d'euros, soit 12,3 % du total des produits réels. Ces produits sont en très grande majorité (80 %) issus de la tarification des prestations de prise en charge des personnes âgées. Pour les trois budgets confondus hébergeant des personnes âgées (budgets B, E et J), les produits issus de la tarification représentent 97 % du total de leurs recettes. Ils se partagent entre les produits afférents aux soins (44 %), à l'hébergement (42 %) et à la dépendance (14 %).

La décomposition de la hausse des produits en ses principaux postes comparée à celle de l'année précédente met en évidence

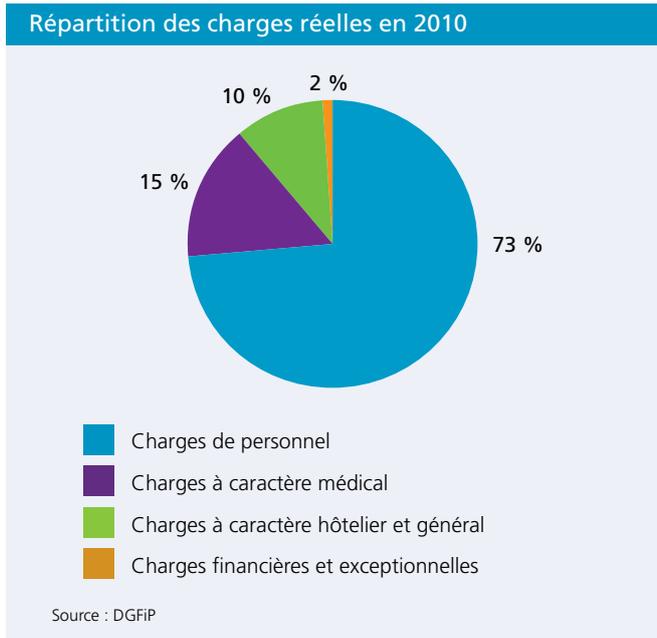
des évolutions divergentes. Alors qu'en 2009, la croissance des produits du titre 1 explique l'essentiel de la hausse du total des produits – 2,6 % sur 3,2 % –, ils ne contribuent plus qu'à hauteur de 1,6 % en 2010, dont 0,6 % pour le seul poste « autres produits versés par l'assurance maladie », sur une progression totale de

2,8 %. Les produits du titre 3 du compte de résultat principal contribuent positivement, cette année, à la croissance de produits. En 2009, la contraction de ces produits tenait à un élément conjoncturel, le versement exceptionnel d'environ 350 millions d'euros du fonds pour l'emploi hospitalier (FEH) sur 2008.



### Des charges en accélération

En 2010, les charges réelles<sup>7</sup> ont progressé de 3,0 %, contre 2,5 % l'année précédente, pour atteindre 63,4 milliards d'euros.



### Les charges de personnel

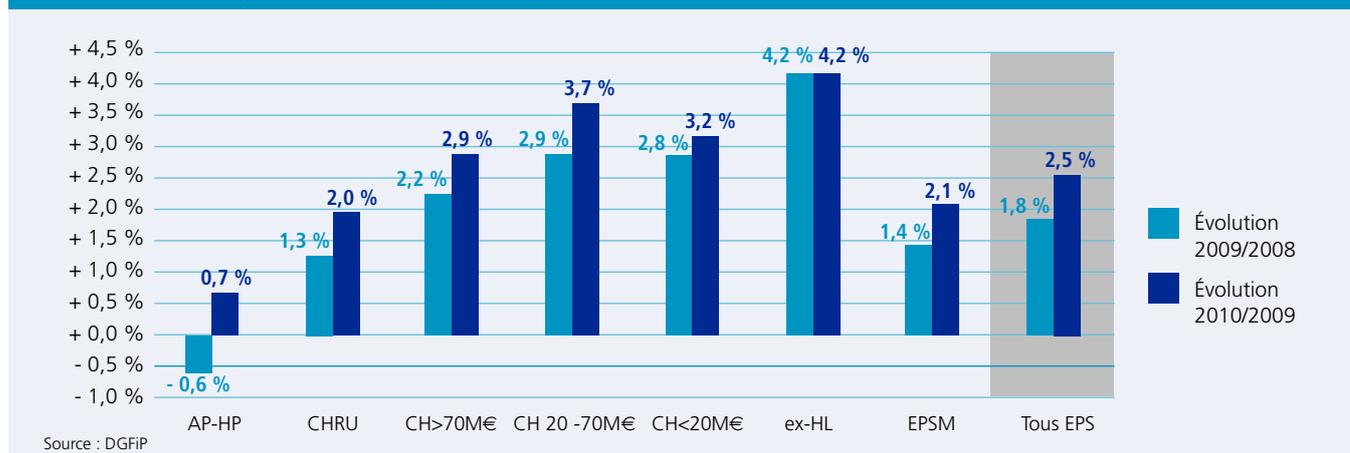
Les charges de personnel tous comptes de résultat confondus (hors remboursements des rémunérations et charges) s'élevaient en 2010 à 45,4 milliards d'euros, soit un peu moins des trois quarts des charges (73 %). En 2010, les charges de personnel sont en hausse de 2,5 % contre 1,8 % l'année précédente. En 2009, ce poste de dépenses avait en effet enregistré une forte décélération, en rupture avec les taux de croissance relativement élevés de la décennie 2000. Il convient cependant de rappeler qu'en 2009, une petite partie de la décélération était liée au remboursement exceptionnel en 2008 (et non renouvelé en 2009) d'une partie des jours épargnés dans les comptes épargne-temps (CET).

En 2010, le taux de croissance des charges de personnel reste modéré et traduit très probablement les efforts entrepris par les établissements de santé pour maîtriser leur masse salariale. En termes de rémunérations (hors charges), celles du personnel médical évoluent deux fois moins vite que celles du personnel non médical, respectivement + 2,2 % et + 4,1 %.

Par catégorie d'EPS, les charges de personnel, tous budgets confondus, évoluent de façon très contrastée.

<sup>7</sup> Les charges réelles correspondent à l'ensemble des charges des comptes de résultat hors dépenses dites d'ordre ou charges calculées (dotations aux amortissements et provisions, etc.).

## Évolution des charges de personnel par catégorie d'EPS



Le groupe des CHRU affiche, comme en 2009, un taux de croissance de leurs charges de personnel bien inférieur à la moyenne nationale, 2,0 % (1,3 % en 2009). Ces établissements, en particulier les plus importants, ont comprimé leur masse salariale. Quelques CHRU, les plus en difficulté, sont même parvenus à réduire ce poste de charges.

Le groupe des CH, toutes tailles budgétaires confondues, affiche en revanche un taux de croissance plus élevé que la moyenne nationale, 3,1 % (2,4 % en 2009). Au sein de ce groupe, ce sont les centres hospitaliers de taille moyenne (budget compris entre 20 et 70 millions d'euros) qui enregistrent, comme en 2009, le taux d'évolution le plus fort, 3,7 %.

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

En 2010, d'après les données de la SAE, les effectifs des personnels médicaux salariés dans les établissements publics de santé évoluent faiblement (+ 1,3 %), soit environ 900 médecins supplémentaires, passant de près de 63 500 à plus de 64 400 salariés ETP (équivalent temps plein, hors internes), contre + 2,0 % en 2009. Concernant les effectifs des personnels salariés non médicaux, la hausse est encore plus faible, de l'ordre de 1,0 % contre 0,4 % l'année précédente. Les effectifs en ETP du personnel non médical ont gagné plus de 8 000 agents, passant de moins de 829 000 à plus de 837 000 salariés ETP.

L'analyse de la progression des rémunérations est délicate, plusieurs facteurs entrant en jeu : les revalorisations infra-annuelles

du point d'indice de la fonction publique, le « glissement vieillesse technicité » (dit GVT), la mise en œuvre de plusieurs mesures catégorielles relatives aux personnels hospitaliers médicaux et non médicaux, etc.

Le 1<sup>er</sup> juillet 2010, le point d'indice de la fonction publique a été revalorisé de 0,5 point, après deux revalorisations en 2009 (+ 0,5 % en juillet et + 0,3 % en octobre). Compte tenu des effets « année pleine » des revalorisations ainsi opérées, l'accroissement de la masse salariale lié à ces revalorisations salariales atteint 0,7 % en 2010. L'impact du GVT est très difficile à mesurer. La FHF, lors de ses estimations relatives aux taux d'évolution budgétaire pour 2010, donnait un GVT de l'ordre de 0,40 % pour le personnel médical et de 0,35 % pour le personnel non médical.

### Les charges à caractère médical

Elles se sont élevées à 9,6 milliards d'euros en 2010, ce qui représente 15 % des charges réelles. Ce poste de dépenses est composé en grande majorité (plus de 80 %) par les achats de produits pharmaceutiques et à usage médical (50 %) et de fournitures, produits et petit matériel médical et médico-technique (30 %). Les charges à caractère médical progressent de 4,4 % en 2010 mais de 3,6 % hors consommations de médicaments et dispositifs médicaux implantables remboursables, et de 3,3 % si on retire également le produit des rétrocessions de médicaments. Ce poste de dépenses connaît depuis quelques années une décélération de croissance.

### 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 2009, rappelle que la fonction publique hospitalière (FPH) emploie 1,1 million de personnes (ou 1,010 million d'ETP dont 900 000 dans les hôpitaux), soit 20,8 % du total de l'emploi public. La très grande majorité (90,6 %) des personnels travaillent dans les hôpitaux tandis que 6,4 % travaillent dans les établissements

pour personnes âgées et 3 % dans les autres établissements sociaux et médico-sociaux. Dans les hôpitaux, le personnel non médical est majoritaire (89,4 % du total des effectifs). Le rapport met en évidence une nette décélération des effectifs dans la FPH à partir de 2004 suivie d'une légère reprise de croissance en 2007. En 2009, les effectifs ont évolué de + 1,4 % contre une moyenne annuelle de + 1,8 % sur la période 1998-2009. Par comparaison, les effectifs dans les trois fonctions publiques ont progressé de 1,2 % sur la même période.

<sup>8</sup> Ministère du Budget, des comptes publics, de la fonction publique et de la réforme de l'État, Fonction publique : Faits et chiffres 2010-2011, janvier 2012

### Les charges à caractère hôtelier et général

Les charges à caractère hôtelier et général (réduites des flux internes entre le compte de résultat principal et les comptes de résultat annexes) ont atteint 6,2 milliards d'euros en 2010, en hausse de 4,3 %. Elles recouvrent des postes de dépenses aux évolutions divergentes. À noter, toutefois, d'une part, la croissance soutenue des dépenses consacrées au paiement des assurances de risque civil et à la fourniture d'énergie et électricité, et d'autre part, la décroissance des charges relatives aux achats alimentaires et de fournitures consommables.

### Les charges réelles financières et exceptionnelles<sup>9</sup>

Ces charges ont augmenté de 3,2 % pour atteindre 1,5 milliard d'euros en 2010. Elles sont constituées, pour moitié, des intérêts des emprunts et, pour l'autre moitié, de charges exceptionnelles, principalement des titres annulés.

Excepté une légère inflexion en 2009, **les intérêts des emprunts** ont fortement augmenté depuis quelques années, passant de 400 à 730 millions d'euros entre 2004 et 2010, avec une progression de 9,8 % sur la seule année 2010. Cette hausse résulte avant tout d'un encours de dette en forte progression sur la période (cf. *infra*), les taux d'intérêt, courts et longs, ayant fluctué assez fortement sur ces années tant à la hausse qu'à la baisse.

#### Évolution des taux d'intérêt

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. En dépit d'une très légère remontée, les taux courts du marché monétaire sont restés à un niveau historiquement bas ; l'Euribor 12 mois, après avoir enregistré une chute entre octobre 2008 et octobre 2009 (plus de 400 points de base de baisse) est resté relativement stable jusqu'en mai 2010, atteignant son point bas fin mars 2010 (1,21 %). Il a amorcé, depuis, une légère remontée tout en s'inscrivant toujours à un niveau relativement bas à 1,50 % tout début 2011. Sur le compartiment des taux longs, la baisse est également forte mais moins spectaculaire. Ainsi, le CMS 10 ans, qui s'inscrivait à près de 5,12 % en juillet 2008, s'élève à moins de 2,81 % deux ans plus tard, soit près de 230 points d'écart.

#### Taux du marché monétaire et taux de swap du marché obligataire



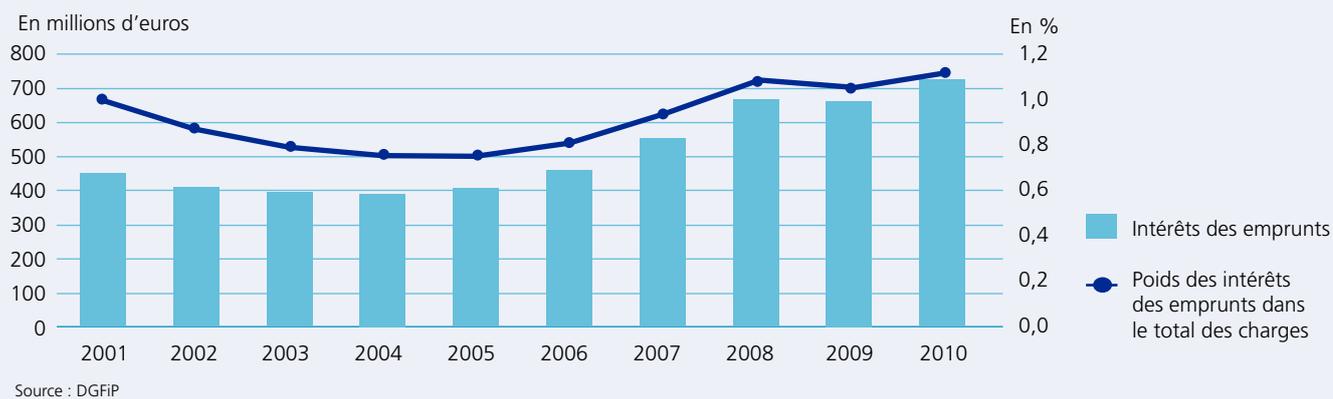
Source : Dexia

La part des intérêts des emprunts dans les charges se maintient à un niveau moyen plutôt faible, de l'ordre de 1,1 % en 2010. À titre de comparaison, cette même part était de l'ordre de 2,8 % pour les collectivités locales cette même année. Des écarts subsistent par catégorie d'établissements, le poids de ce poste variant de 0,6 % dans les établissements de santé mentale (EPSM) à 1,2 % dans les

centres hospitaliers de taille moyenne. À l'échelon individuel, les écarts à la moyenne sont particulièrement significatifs, une petite trentaine d'établissements dépassant la barre de 5 %. À l'inverse, une petite centaine d'établissements affichent un poids des intérêts inférieur à 0,1%.

<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 financières exceptionnelles. Elles sont analysées plus loin dans cette note.

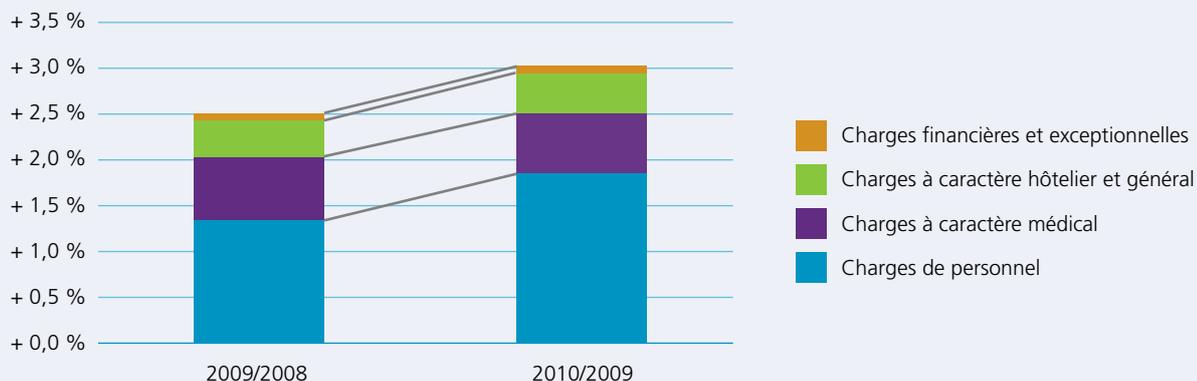
### Intérêts des emprunts



Au total, les charges ont enregistré une croissance de l'ordre de 3 % en 2010 contre 2,5 % en 2009. Le surplus de croissance, 50 points de base, est entièrement imputable à l'accélération des

frais de personnel, les autres postes de charges maintenant, à peu de chose près, leur contribution au niveau de l'année dernière.

### Ventilation de l'évolution des charges réelles par grands postes en 2009 et 2010

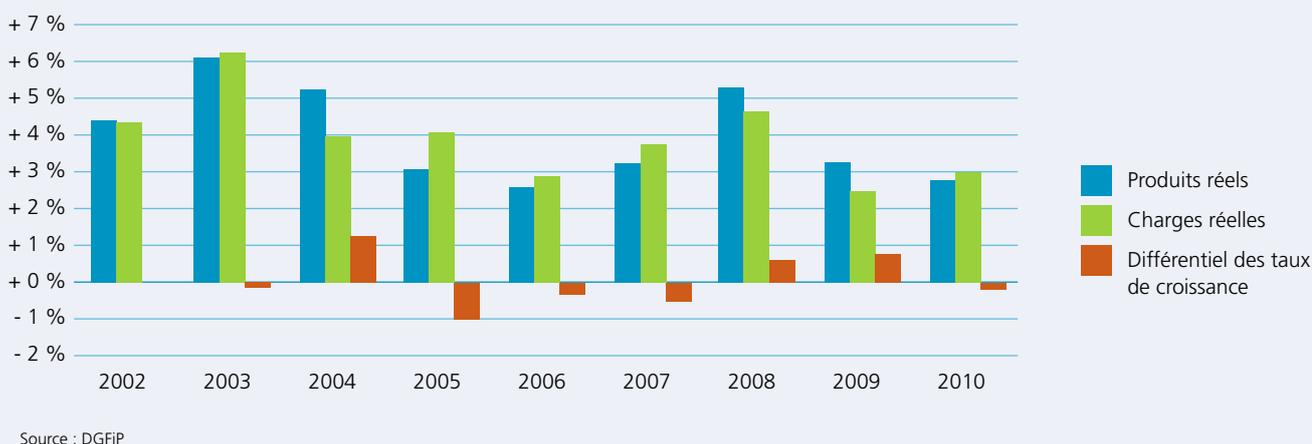


### Effet ciseaux entre produits et charges

Après deux années de différentiel de taux de croissance positif entre les produits et charges, 0,8 % en 2009 et 0,6 % en 2008,

la tendance s'inverse de nouveau en 2010. Les charges progressent plus rapidement que les produits, + 3 % contre + 2,8 %, soit un écart de taux de l'ordre de 0,2 %.

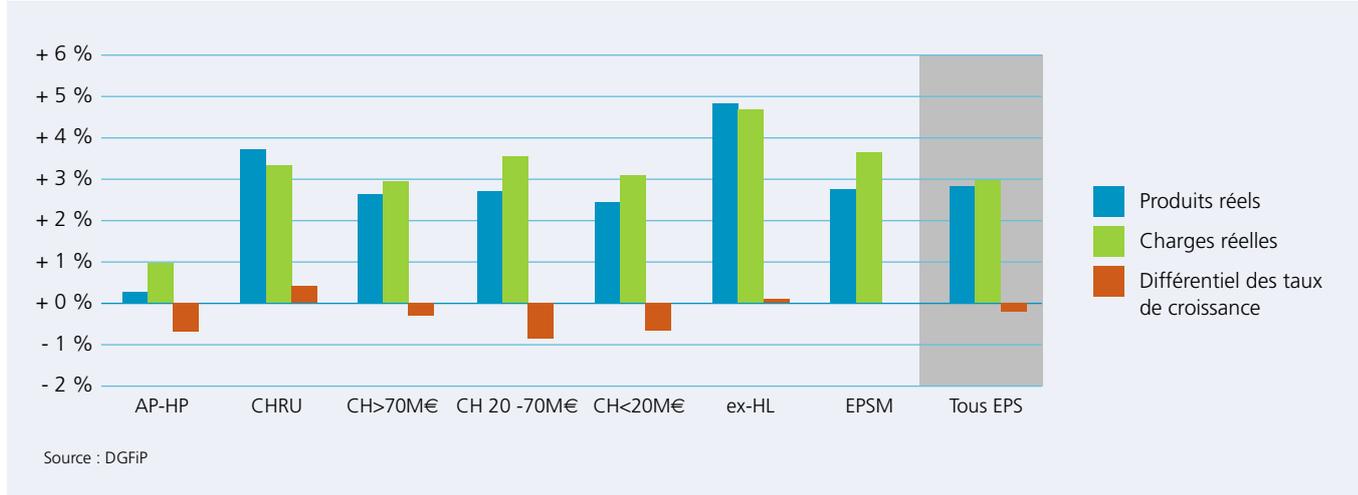
### Évolutions comparées des produits et des charges réels de 2002 à 2010



Par catégorie d'établissements, la dynamique des ressources diffère ainsi que la pression sur les charges. En 2010, contrairement aux années précédentes, ce sont les CHRU qui dégagent l'écart de taux positif le plus élevé, les autres catégories d'établissements étant à l'équilibre ou bien en écart négatif. Ainsi, les CHRU, en dehors de l'AP-HP, se démarquent, comme en 2009, par la maîtrise de leur budget, en particulier de la partie frais de personnel, l'écart de taux leur étant favorable (0,4 %). Les centres hospitaliers, en moyenne,

ont accusé un écart de taux négatif assez sensible (- 0,5 %). Ce sont les centres hospitaliers de taille budgétaire moyenne, entre 20 et 70 millions d'euros, qui enregistrent le décalage le plus pénalisant (- 0,8 %), les charges ayant connu la progression la plus importante de toutes les catégories d'EPS. Les ex-hôpitaux locaux comme les établissements de santé mentale, bénéficiant habituellement d'un différentiel de taux très positif, ont dégagé, en 2010, un écart de taux quasi-nul.

**Évolutions comparées des produits et des charges réels par catégorie d'établissements en 2010**



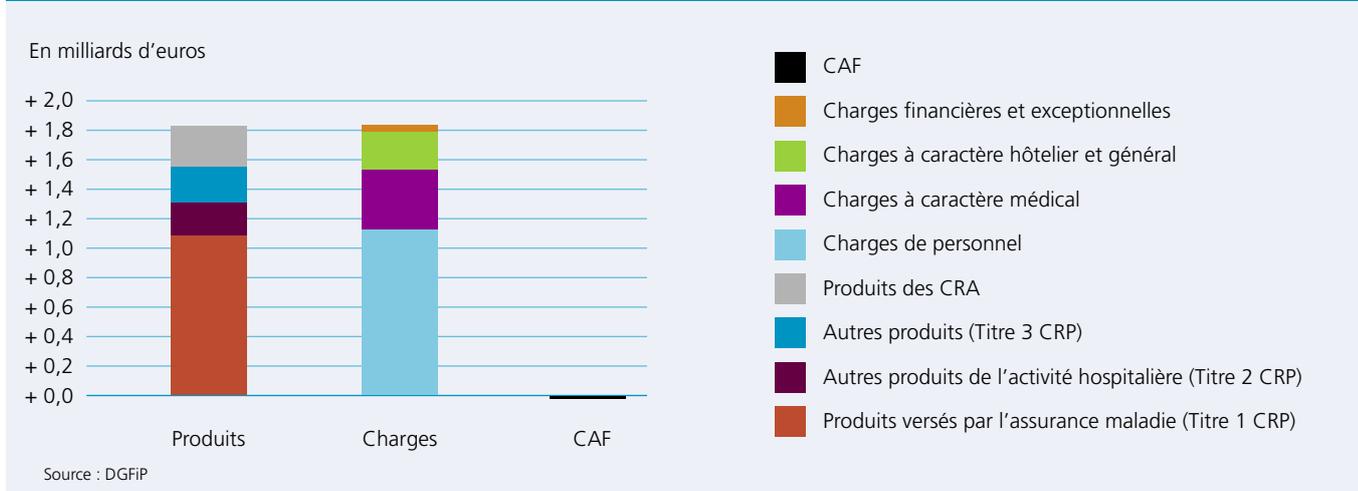
**Marges d'exploitation stabilisées**

En 2010, l'effet ciseaux entre charges et produits réels, plutôt faible, se traduit par une stabilisation des marges d'exploitation – capacité d'autofinancement et marge brute – à leur niveau de 2009.

**Capacité d'autofinancement**

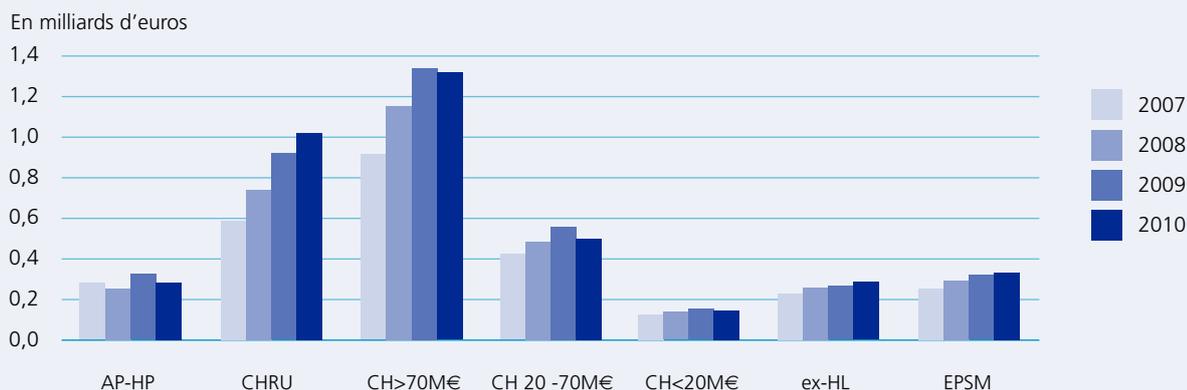
La capacité d'autofinancement<sup>10</sup>, qui exprime la différence entre les produits et charges réels analysés ci-dessus, s'élève à 3,9 milliards d'euros en 2010, soit exactement le niveau de 2009. Cette stabilisation fait suite à deux années de forte hausse, + 16,9 % en 2009 et + 17,8 % en 2008. Autrement dit, en 2010, le supplément de produits, de l'ordre de 1,8 milliard d'euros couvre à peine le supplément de charges.

**Contribution des produits et charges réels à la variation de la CAF en 2010**



<sup>10</sup> La capacité d'autofinancement mesure l'excédent qu'un établissement parvient à dégager sur l'ensemble de ses opérations réelles (opérations courantes, financières et exceptionnelles), ce qui signifie que les dotations aux provisions ou aux amortissements, notamment, sont exclues des calculs. La capacité d'autofinancement étant calculée exclusivement à partir des opérations 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).

### CAF par catégorie d'établissements, de 2007 à 2010



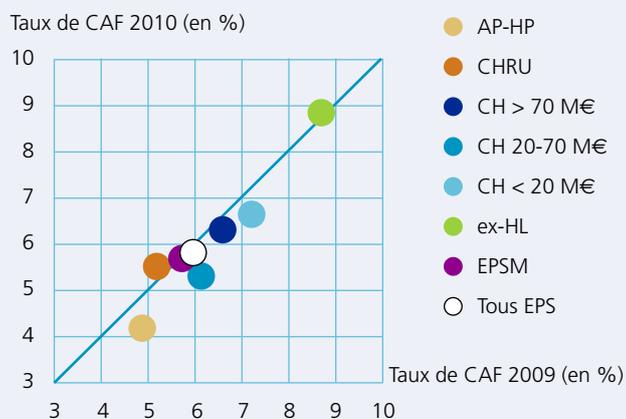
Source : DGFiP

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. La stabilisation de la CAF en 2010 masque des évolutions contrastées à la fois entre groupes d'EPS et entre établissements d'un même groupe. Au total, sur l'ensemble des hôpitaux, la moitié enregistre une dégradation de leur CAF, pour un montant de plus de 600 millions d'euros. L'autre moitié d'hôpitaux observe, logiquement, l'évolution contraire. Et, sur les quelque 500 établissements ayant enregistré une dégradation de leur CAF en 2010, seuls 160 avaient déjà perdu de la CAF en 2009. C'est dire combien les situations individuelles sont fluctuantes d'une année sur l'autre, tout au moins à l'aune de la CAF. Par catégorie d'EPS, les progressions de CAF les plus remarquables se retrouvent du côté des CHRU pour lesquels le décalage entre croissance des produits et des charges a été le plus favorable.

La capacité d'autofinancement est l'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 dégage plus d'excédent de trésorerie mais, au contraire, un besoin de trésorerie, situation qui, à terme, peut poser des problèmes d'équilibre financier. En 2010, le nombre d'établissements enregistrant une **insuffisance d'autofinancement (IAF)** reste à peu près stable par rapport à l'année précédente, autour de cinquante. Le montant total de l'insuffisance d'autofinancement stagne également à 80 millions d'euros. Pourtant, d'une année sur l'autre, seuls 17 établissements restent en situation d'IAF, les quelque trente autres en IAF en 2010 ne l'étant pas l'année précédente. Il convient de souligner, qu'en 2010, l'essentiel de l'insuffisance d'autofinancement nationale se concentre sur un nombre très limité d'établissements.

Pour juger du niveau de la CAF (ou IAF) d'un établissement, il est important de la rapporter au total des produits pour obtenir le **taux de CAF**. En 2010, la capacité d'autofinancement stagnante pour une base budgétaire croissante, le taux CAF se dégrade mécaniquement, passant de 6,0 % à 5,8 %. Cet abaissement du ratio ne concerne pas toutes les catégories d'établissements. Les CHRU ont globalement amélioré leur taux de CAF pour se rapprocher de la moyenne nationale, les ex-hôpitaux locaux améliorant également encore légèrement leur position par rapport aux autres établissements. En revanche, toutes les autres catégories enregistrent une dégradation de leur taux de CAF, les centres hospitaliers de taille moyenne et l'AP-HP accusant le décrochage le plus important.

### Taux de CAF par catégorie d'établissements entre 2009 et 2010



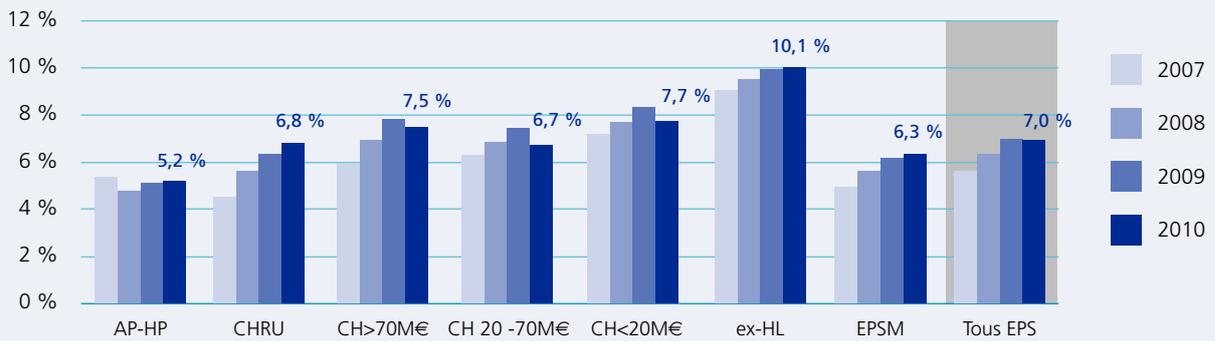
Source : DGFiP

## Marge brute

La **marge brute**<sup>11</sup> dégagée par les hôpitaux en 2010 est de 4,6 milliards d'euros, en hausse de 2,5 % par rapport à 2009. Cette croissance très modérée fait suite à deux années de forte progression, + 13,7 % en 2009 et + 18 % en 2008, qui avaient permis à la marge brute de se redresser sensiblement. La marge brute continue donc de progresser en 2010 même si les charges courantes progressent plus vite que les produits courants, respectivement + 3,0 % et + 2,9 %, mais insuffisamment pour inverser la tendance.

Le **taux de marge brute** s'est stabilisé à son niveau de l'année dernière, à 7,0 % pour l'ensemble des EPS. Ce *statu quo* moyen recouvre en fait des évolutions divergentes selon les catégories d'établissements. Les trois niveaux de centres hospitaliers affichent une dégradation de leur taux de marge brute, contrairement aux autres groupes d'hôpitaux. En particulier, le groupe CHRU enregistre une progression continue de ce ratio depuis 2008. Par ailleurs, des écarts de taux de marge brute subsistent entre catégories, les petits établissements, en particulier les ex-hôpitaux locaux, conservant une position plus favorable que les grands.

Taux de marge brute par catégorie d'établissements de 2007 à 2010



Source : DGFiP

## Statu quo du déficit

En 2010, les hôpitaux enregistrent un déficit d'un peu plus de 200 millions d'euros, équivalent à celui de 2009. En cumulé, le déficit des hôpitaux atteint, fin 2010, près de 3 milliards d'euros<sup>12</sup>.

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. Ce déficit s'est creusé en 2007 pour atteindre son plus haut niveau historique avec 485 millions d'euros, puis s'est replié deux années de suite pour se stabiliser à 220 millions d'euros en 2010. Parmi le millier d'établissements publics de santé, plus de 300 sont déficitaires dont la grande majorité l'était déjà en 2009. Ils sont un peu plus nombreux qu'en 2009 et totalisent un déficit de près de 600 millions d'euros, équivalent à celui de l'année précédente. Les établissements finissant l'année en excédent ou à l'équilibre sont très majoritaires, environ 700, mais ne totalisent que 380 millions d'euros d'excédent. 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. Cependant, même s'ils totalisent encore 250 millions d'euros de déficit (145 millions d'euros hors AP-HP), ce sont eux qui ont le plus amélioré leur résultat en 2010, d'au moins 120 millions d'euros hors AP-HP. Sur les 31 CHRU, 18 sont encore en déficit contre 22 l'année précédente, 6 ayant basculé côté excédent et 2 côté déficit.

À l'instar des autres marges, marge brute et CAF, les évolutions de résultat sont très contrastées entre groupes d'établissements. La stabilisation du déficit en 2010 autour de 200 millions d'euros est le résultat, d'une part, du net recul du déficit des CHRU et, d'autre part, de la dégradation des comptes de l'AP-HP et des centres hospitaliers de taille moyenne. Ces derniers, après avoir contribué largement au repli du déficit global en 2008 et 2009, accusent une nette dégradation de leur équilibre financier en 2010. Les hôpitaux de petite taille restent excédentaires sur toute la période étudiée (2007 à 2010).

<sup>11</sup> La marge brute mesure l'excédent qu'un établissement parvient à dégager sur ses « opérations courantes » (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. La marge brute correspond à la capacité d'autofinancement hors résultats financiers et exceptionnels (sur opérations réelles hors produits de cessions). Le résultat financier est négatif car composé principalement des intérêts d'emprunts. En 2010, ces derniers ont fortement augmenté (cf. *supra*), contribuant à la dégradation du résultat financier. Le résultat exceptionnel, quant à lui, comprend principalement les opérations sur exercice antérieur, en charges et en produits. En 2010, le résultat exceptionnel est, lui, positif mais se réduit. Au total, la marge brute progresse légèrement tandis que la CAF stagne.

Le calcul de la marge brute ne se faisant que sur les opérations dites réelles, c'est-à-dire celles ayant une incidence tôt ou tard sur la trésorerie, la marge brute, comme la capacité d'autofinancement, est un excédent (ou déficit) de trésorerie. Le taux de marge brute rapporte la marge brute aux produits courants.

<sup>12</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 2010.

## Résultats de l'exercice tous budget confondus par catégorie d'établissements de 2007 à 2010



Source : DGFIP

Il est toutefois 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.

Le résultat comme la capacité d'autofinancement se sont stabilisés à leur niveau de 2009. Pourtant, intervient entre ces deux soldes d'exploitation, un jeu d'opérations d'ordre (dotations aux amortissements et provisions et reprises sur provisions)<sup>13</sup> mais dont la masse budgétaire s'est maintenue à un niveau d'environ 4 milliards d'euros. En détaillant ces opérations, on observe des dotations aux amortissements qui continuent de progresser (+ 100 millions d'euros) pour atteindre 3,3 milliards d'euros (soit 4,9 % du total des charges), des dotations aux provisions en légère baisse et une plus-value des cessions en hausse (+ 60 millions d'euros).

**Le déficit de 2010 représente 0,3 % des produits comme en 2009.** Ce taux de résultat varie selon la catégorie d'établissements, allant de - 1,7 % pour l'AP-HP à 2,2 % pour les hôpitaux locaux, en passant par - 0,8 % pour les CHRU. 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 470 millions d'euros**, en légère hausse par rapport à 2009 (+ 3,3 %), **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) ainsi que 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 un excédent d'un peu 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 2010 un résultat de l'ordre de 120 millions d'euros, comme en 2009.

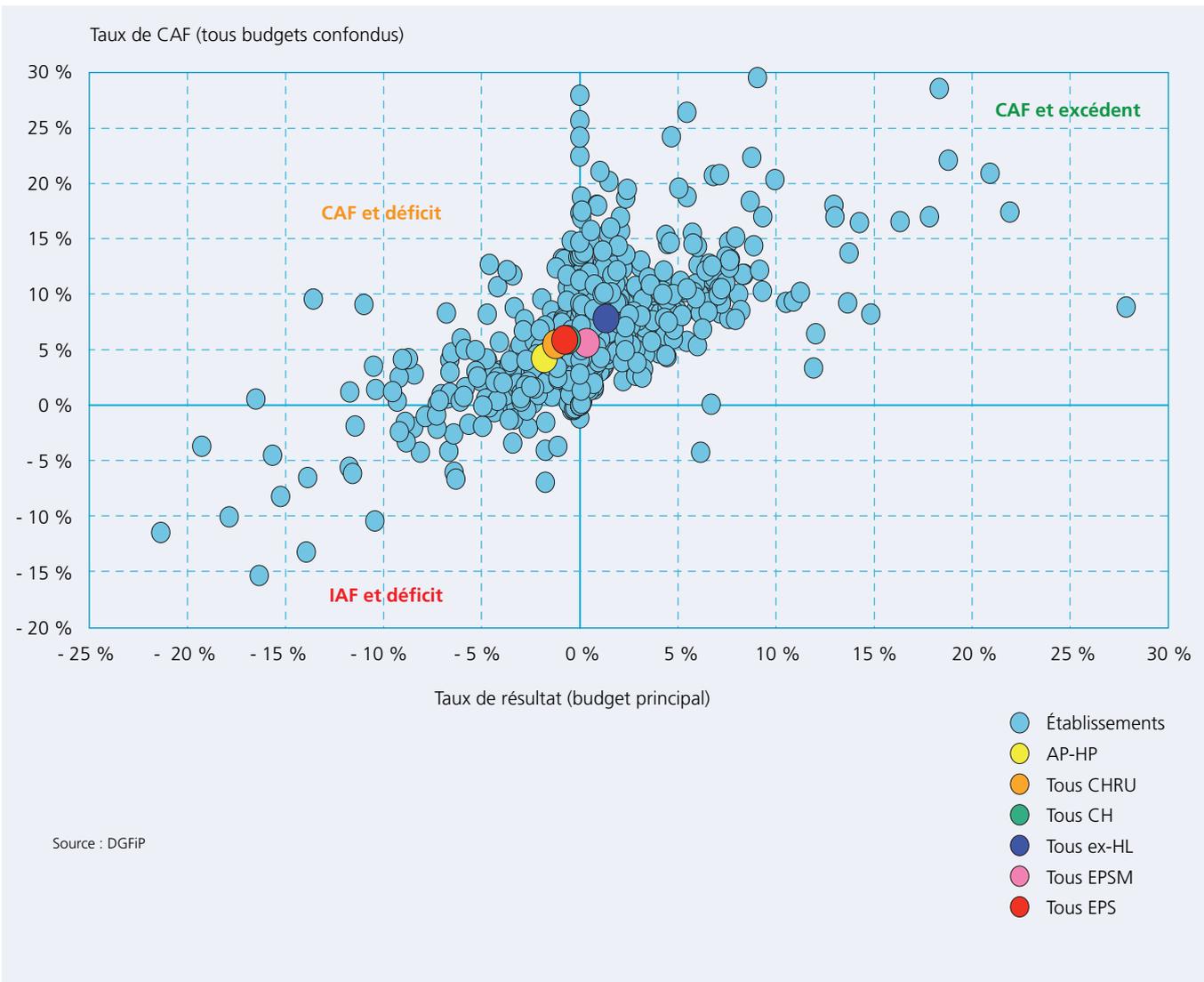
Afin de synthétiser la situation financière d'un hôpital, on peut croiser les deux indicateurs financiers suivants : le taux de résultat du compte principal et le taux de capacité d'autofinancement<sup>15</sup>. Sur le graphique ci-après, chaque point de couleur bleu représente un établissement, cinq 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 2010, 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>13</sup> Résultat de l'exercice = CAF + résultat des opérations d'ordre (c 78 + c 777 - c 68 - c 675) + produits de cessions.

<sup>14</sup> Les comptes d'un hôpital, pour la partie exploitation (par opposition à l'investissement), 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.

<sup>15</sup> Le taux de résultat est calculé comme le rapport entre le résultat du compte de résultat principal et le total des produits de ce budget. Le taux de capacité d'autofinancement rapporte la capacité d'autofinancement au total des produits (tous budgets confondus).

Positionnement des établissements et des catégories d'établissements en fonction du taux de résultat (budget principal) et du taux de capacité d'autofinancement (tous budgets confondus) en 2010



# Établissements publics de santé

## Dépenses d'investissement et moyens de financement

En 2010, après plusieurs années de croissance soutenue, les investissements reculent à 6,5 milliards d'euros (- 4,5 %). La dynamique insufflée par le plan Hôpital 2007 semble ralentir. Avec 3,9 milliards d'euros, la capacité d'autofinancement reste la source de financement prioritaire, devant un recours à l'endettement également en retrait.

### Les dépenses d'investissement direct en baisse

Après plusieurs années de progression continue, les investissements hospitaliers marquent le pas en 2010, reculant de 4,5 %. Cependant, s'élevant à 6,5 milliards d'euros, ils continuent de représenter un volume financier important. Le plan Hôpital 2007 qui avait permis de relancer l'investissement des établissements de santé ces dernières années, arrive à échéance et n'est, manifestement, relayé que partiellement par les autres plans nationaux d'investissement, en particulier le plan Hôpital 2012.

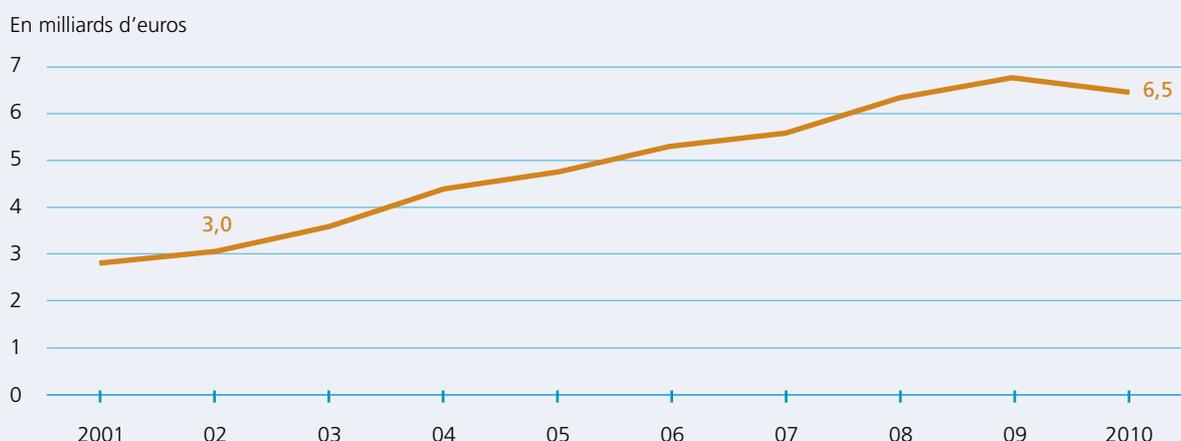
### Essoufflement du plan Hôpital 2007

La croissance très soutenue des investissements entre 2003 et 2009 est 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 du lancement des chantiers. Les travaux les plus importants exigent même plusieurs années d'études. En 2007, année officielle d'échéance du plan, toutes les opérations sélectionnées avaient été engagées

et, pour certaines, réceptionnées. Mais, la dynamique d'investissement impulsée par le plan Hôpital 2007 se prolonge encore sur plusieurs années. Celle-ci est d'autant plus importante que les investissements soutenus par le plan débordent largement le cadre initial. Selon l'ANAP<sup>16</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, passant de 937 à près de 1900 opérations – et, d'autre part, par le renchérissement du coût des projets du fait de l'actualisation et de la modification des opérations immobilières importantes initialement sous-estimées ou dont le décalage dans le temps génère une révision à la hausse de leur montant. 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*).

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 début 2009. Il serait le fait des opérations immobilières de grande envergure menées par les CHRU qui devraient s'étaler jusqu'en 2012-2015. Toutefois, en 2010, la décroissance de l'investissement (- 4,5 %) est très probablement le signe d'un essoufflement du plan Hôpital 2007, relayé seulement partiellement par le plan Hôpital 2012.

### Investissements directs annuels



Source : DGFIP

<sup>16</sup> La réalisation du plan d'investissement national «Hôpital 2007», synthèse, ANAP-Préfiguration, août 2009

## Un plan Hôpital 2012 partiellement engagé

Le plan Hôpital 2012, lancé en 2007, devait 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 initialement affiché de ce plan était de nouveau de 10 milliards d'euros d'investissements supplémentaires (par rapport aux investissements courants) pour l'ensemble des établissements de santé, grâce à un programme d'aides de 5 milliards d'euros. Le plan a été fractionné en deux tranches de 5 milliards d'euros de dépenses, chaque tranche comportant elle-même deux fenêtres d'instruction des projets. Seule, aujourd'hui, la première tranche a été validée et lancée. Il a été décidé, par amendement au PLFSS 2012, de reporter les projets à venir de la deuxième tranche du plan Hôpital 2012 afin de dégager une économie sur l'ONDAM 2012.

La première fenêtre d'instruction de cette première tranche 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

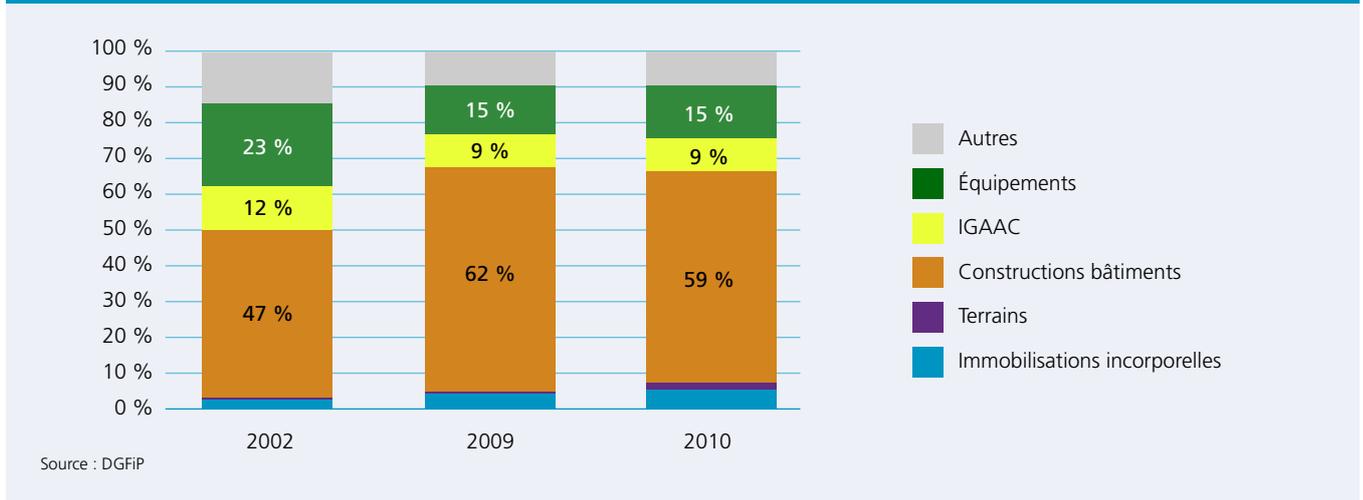
bénéficiaires de cette première tranche, 75 % des dépenses leur ayant été consacrées (soit une part quasi-identique à celle prévalant dans le plan précédent).

À cette première tranche, s'ajoutent les investissements liés aux opérations de mise aux normes exceptionnelles (parasismiques, désamiantage), pour un montant de l'ordre de 1,2 milliard d'euros. Ces investissements seraient financés par prélèvement sur l'enveloppe de la seconde tranche du plan.

## Prépondérance des constructions dans l'investissement hospitalier

La décomposition des investissements directs par nature en 2010 comparée à celle de 2002 – année précédant le lancement du plan Hôpital 2007 – met en évidence une déformation de la structure en faveur de la partie immobilière et au détriment de la partie « Équipements ». Le poids des constructions de bâtiments dans le total de l'investissement direct passe, en effet, de 47 % à 59 % entre 2002 et 2010, tandis que celui des équipements se réduit, passant de 23 % à 15 %. La part des IGAAC (installations générales, agencements et aménagements des constructions) se réduit légèrement, passant de 12 % à 9 %. La part croissante prise par la construction dans les investissements hospitaliers s'explique principalement par les plans nationaux de relance de l'investissement qui ont nettement privilégié les opérations immobilières. Les effets de ces plans se réduisant, il est peu surprenant de constater que la baisse des dépenses d'investissement entre 2009 et 2010 est imputable entièrement aux opérations de constructions, les autres types d'investissement maintenant leur niveau, voire progressant.

Ventilation des investissements par nature en 2002, 2009 et 2010



## La hausse des coûts dans le secteur du BTP

La relance de l'investissement hospitalier à partir de 2003 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 %, excepté en 2009. Après un ralentissement cette année-là, l'évolution de l'index BT01 repart à la hausse en 2010, en lien avec la remontée du prix du pétrole observable depuis le début de l'année 2009. L'indice BT01 a, en effet, augmenté de 3,8 % après seulement 0,8 % en 2009. Au total, l'index a progressé de 39 % entre fin 2002 et fin 2010.

### Évolution de l'indice BT01 (en glissement annuel)



Source : INSEE

### Une relance globale de l'investissement

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 la période 2003-2009, les ex-hôpitaux locaux et les EPSM n'ont relancé leurs travaux qu'à partir de 2006. En 2010, la décroissance des investissements concerne l'ensemble des catégories d'établissements à l'exception des EPSM.

Les CHRU (y compris l'AP-HP) et les CH ont été, depuis le début, les grands bénéficiaires du plan Hôpital 2007. Initialement, leurs projets représentaient respectivement 33 % et 61 % (soit au total 94 %) des investissements publics aidés contre 1 % pour les ex-hôpitaux locaux. Les dépenses d'investissement des CHRU et CH ont décollé très rapidement pour atteindre un pic en 2009. En 2010, les CHRU accusent un recul important de leurs investissements (-9,5 %), plusieurs opérations immobilières d'envergure touchant à leur fin. En outre, le plan Hôpital 2012, pour sa première tranche, leur a été bien moins favorable, les CHRU n'ayant capté que 23 % des opérations publiques (en montants), tandis que les CH ont vu leur part augmenter (73 %). En 2010, les CH enregistrent une décroissance modérée de leurs investissements, de l'ordre de 1,5 %.

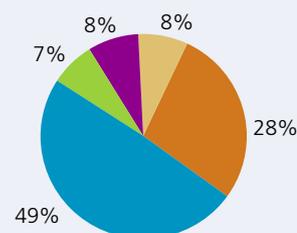
Les ex-hôpitaux locaux, pourtant peu concernés par le plan Hôpital 2007, ont vu leurs investissements décoller à partir de 2006, pour dépasser, en termes de croissance depuis 2002, toutes les autres catégories d'EPS. En 2009, année record, ils ont investi plus de 500 millions d'euros. Ce rattrapage est le fait, notamment, de quelques grosses opérations de restructuration, voire de reconstruction. Globalement, si les ex-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 Âge » (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 ex-hôpitaux locaux sont, en revanche, absents du plan Hôpital 2012, du moins pour la tranche 1. En 2010, les quelques opérations les plus emblématiques étant arrivées à leur terme, les ex-HL accusent une chute sévère de leurs investissements (-16 %).

Les EPSM, quant à eux, affichent un investissement en croissance continue depuis 2006, y compris en 2010, porté probablement par 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>17</sup>.

### Investissements directs par catégorie d'établissements de 2001 à 2010



### Investissements par catégorie d'établissements en 2010



Source : DGFIP

<sup>17</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.

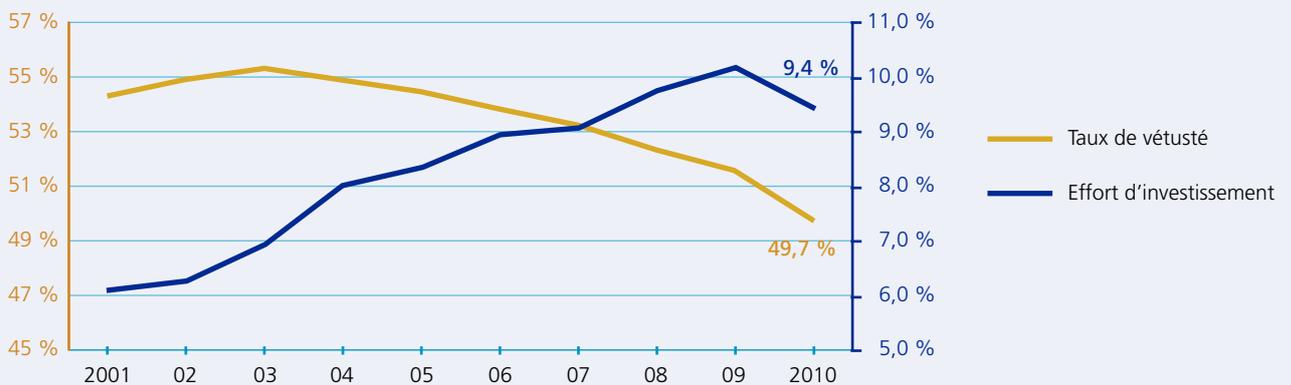
## Un effort d'investissement en recul mais un taux de vétusté toujours en amélioration

Le plan Hôpital 2007 avait pour principal objectif de moderniser le parc hospitalier en quelques années. Le **taux de vétusté des immobilisations**<sup>18</sup> 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 ses effets, le taux de vétusté se repliant régulièrement jusqu'à retomber, en 2010, à 49,7 %, soit à son niveau de 1997.

L'**effort d'investissement**<sup>19</sup> a augmenté régulièrement jusqu'en 2009, les dépenses d'investissement direct progressant plus rapidement que les charges. Il a ainsi gagné 4 points entre 2002 et 2009, passant de 6,2 % à 10,2 %. En 2010, avec le recul de l'investissement, le ratio se replie autour de 9,4 %. Les ex-hôpitaux locaux affichent une nouvelle fois l'effort d'investissement de loin le plus élevé (13,6 %), suivis des grands CH (10,4 %), les CHRU (hors AP-HP) ayant abaissé leur effort à 9,5 %.

### Taux de vétusté et effort d'investissement entre 2001 et 2010



Source : DGFiP

## Moyens de financement : modification de l'équation de financement des investissements hospitaliers

### Retrait de l'endettement en faveur de l'autofinancement

La **capacité d'autofinancement** n'a pas évolué entre 2009 et 2010 – elle se maintient à 3,9 milliards d'euros – et conserve de fait sa première place comme source de financement des investissements. Les dépenses d'investissement diminuant, elle en couvre mécaniquement une part croissante – 60 % en 2010 contre 58 % en 2009 – mais reste encore loin des niveaux des années antérieures au plan de relance (82 % en 2002).

Les «**autres recettes**» hors emprunts (subventions, dotations, produits des cessions, etc.) constituent, depuis 2003, un complément de financement significatif et régulier. Après avoir fortement progressé en 2009 pour atteindre 725 millions d'euros (+ 17,8 %), ces recettes sont redescendues à 640 millions d'euros en 2010 (- 11,6 %). Cette baisse s'explique par un retrait important des subventions et dotations versées par l'État et les collectivités locales. Les produits de cession compensent en partie cette perte de recettes, passant de 110 à 180 millions.

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 modifié 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 43 % entre 2002 et 2009 pour se replier à 36 % en 2010. En termes de montant, l'endettement a été multiplié quasiment par plus de 8 entre 2002 et 2009, année record, passant de 350 millions d'euros à presque 3 milliards d'euros. En 2010, l'endettement accuse une chute sévère, il recule à 2,4 milliards d'euros (-19,7 %). Cette évolution est le résultat d'une baisse significative des emprunts nouveaux (4,4 milliards d'euros) face à des remboursements qui restent élevés (2 milliards d'euros).

<sup>18</sup> Le taux de vétusté des immobilisations rapporte les amortissements cumulés à la valeur brute des immobilisations.

<sup>19</sup> L'effort d'investissement rapporte les dépenses d'investissement direct au total des charges. Ce ratio exprime l'importance de l'investissement entrepris par l'hôpital au regard de sa taille budgétaire.

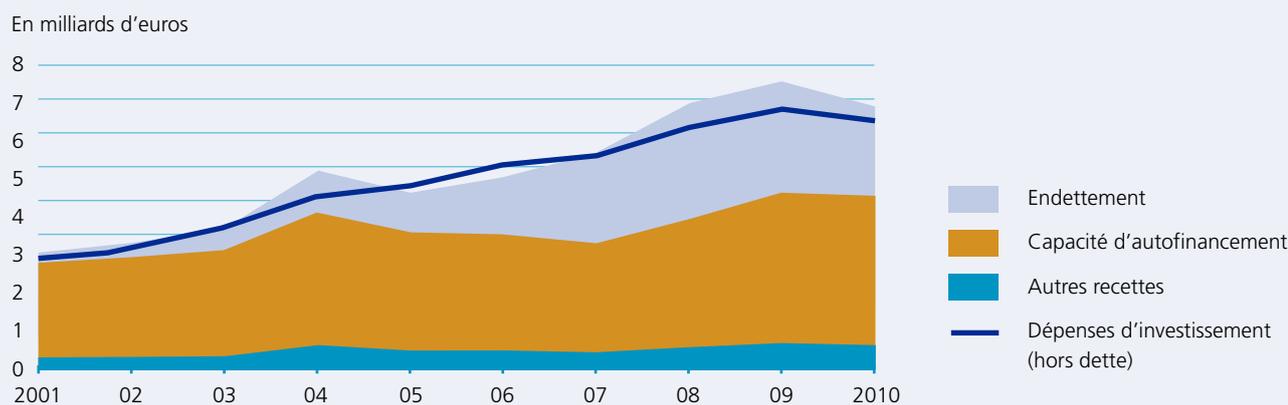
<sup>20</sup> Sur les 10 milliards d'euros d'investissements supplémentaires inscrits au plan, l'État avait prévu d'accompagner 6 milliards, sous forme de subventions (1,5 milliard d'euros) et d'aides en fonctionnement (crédits ONDAM) destinées à couvrir les frais générés par 4,5 milliards d'euros d'emprunts. 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 *a minima* de 57 % (4,3 / 7,5).

### Nouvel abondement du fonds de roulement

En 2010, les hôpitaux n'ont globalement pas eu besoin de puiser dans leur **fonds de roulement** pour financer leurs investissements. Au contraire, ils l'ont abondé pour la quatrième année consécutive. Le fonds de roulement augmente ainsi de près de 400 millions d'euros, soit la moitié de la hausse de 2009 (+ 700 millions d'euros). Pour l'essentiel, c'est le fonds de roulement d'exploitation qui s'étoffe, profitant du provisionnement pour renouvellement des immobilisations (+ 500 millions d'euros). En revanche, cet abondement au fonds de roulement a été entièrement capté par

une hausse importante du besoin en fonds de roulement (+ 1,1 milliard d'euros). En conséquence, la **trésorerie**<sup>21</sup> des hôpitaux perd 700 millions d'euros, passant de 2,8 à 2,1 milliards d'euros. Cette contraction de trésorerie recouvre en fait à la fois une baisse de disponibilités (- 300 millions d'euros) et un tirage renforcé sur les lignes de crédit de trésorerie (+ 400 millions d'euros). Cette dégradation des grands équilibres bilanciaux est appréciée au 31 décembre 2010 et ne peut donc traduire de façon univoque la situation de trésorerie des hôpitaux. Toutefois, elle laisse deviner des situations de trésorerie localement tendues.

### Financement de l'investissement entre 2001 et 2010

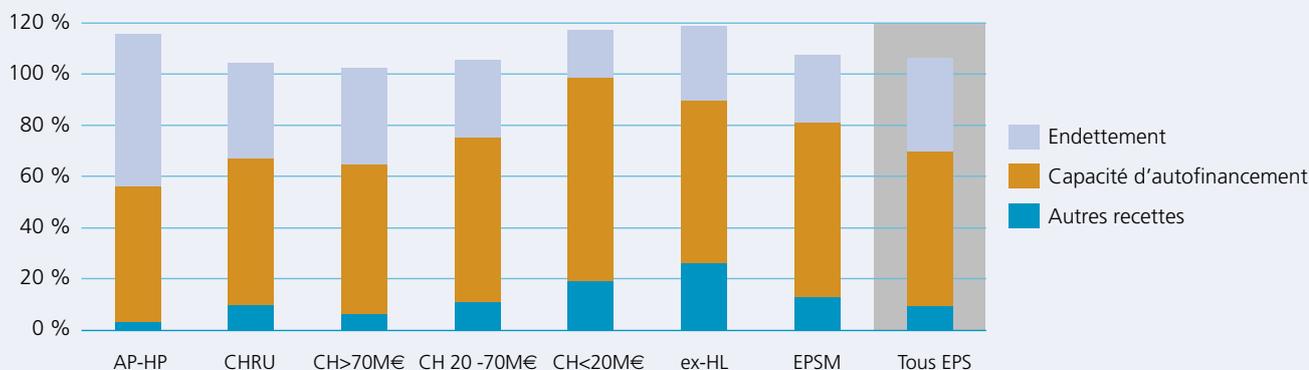


### Mode de financement des investissements différent selon les catégories d'établissements

Les CHRU, hors AP-HP, continuent d'afficher le taux d'autofinancement des investissements le plus faible, de l'ordre de 57 % et le recours à l'endettement le plus élevé (37 %). L'abondement au fonds

de roulement des CHRU est plutôt faible (taux de financement de 104 %). Ce profil de financement est comparable à celui de CH de grand taille. À l'inverse, les petits hôpitaux, y compris les EPSM, bien que plus à l'aise en termes d'autofinancement, tendent à « sur-financer » leurs investissements. Le recours à l'endettement de ces établissements reste toutefois modéré.

### Financement de l'investissement par catégorie d'établissements en 2010



<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 décembre, susceptible d'évoluer dès le lendemain.

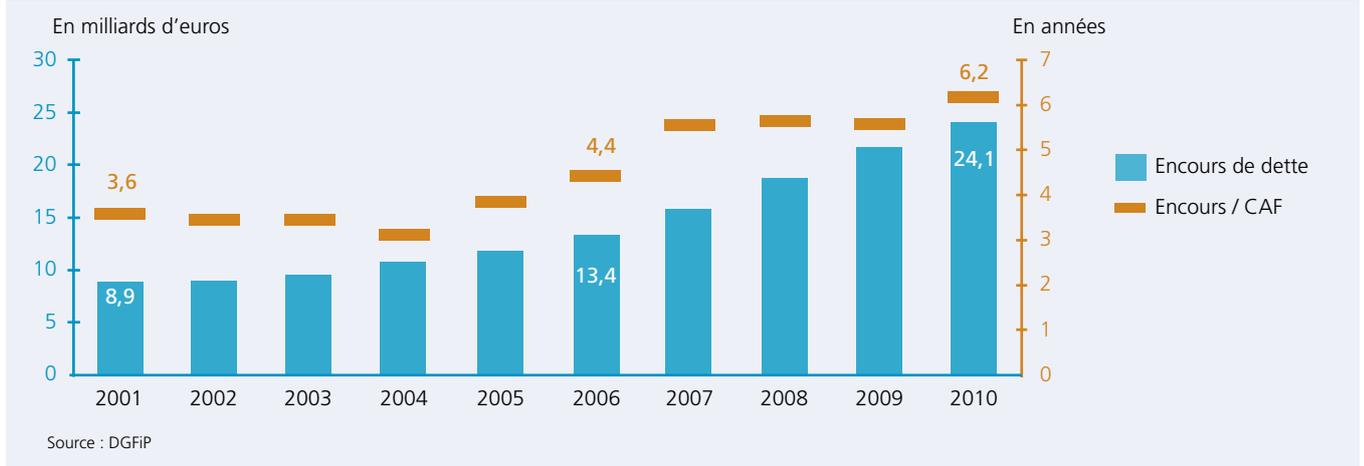
## Nouvelle hausse de l'encours de dette et dégradation des ratios d'endettement

Les hôpitaux n'ont cessé de s'endetter depuis les années 1990, mais à des rythmes très différents selon les périodes. Alors que leur **encours de dette** évolue faiblement sur la décennie 1990, il décolle dans les années 2000, passant de 8,9 à 24,1 milliards d'euros entre 2001 et 2010. Cette forte progression s'explique avant tout, et sans conteste, par la mise en œuvre du plan Hôpital 2007 (voir *supra*). Le poids de la dette des hôpitaux 2010 représente l'équivalent de

1,2 % du PIB, et à titre de comparaison, celle des collectivités locales représente 7,6 % du PIB cette même année.

L'encours de dette progressant rapidement, notamment à compter de 2006, **les ratios d'endettement** se dégradent logiquement. En particulier, le ratio rapportant la dette à la capacité d'autofinancement, dit durée apparente de la dette, passe de 3,6 années en 2001 à 6,2 années en 2010. Le taux d'indépendance financière atteint 47,5 % en 2010 et le poids budgétaire de la dette 34,8 % (voir encadré).

### Encours de dette entre 2001 et 2010



Par catégorie d'EPS, les hôpitaux affichent des niveaux d'endettement différents. Les ex-HL ont une dette qui représente 37,2 % de leurs produits tandis que celle des EPSM ne pèse que 17,1 %. Avec 38,7 %, la dette des CHRU s'inscrit au-dessus de la moyenne, celle

de l'AP-HP en-deçà (32,2 %). Le poids de la dette ne préjuge pas de la capacité de désendettement (ou durée apparente) puisque la dette des ex-HL représente seulement 4,8 années de CAF mais celle des CHRU 7,1 années.

### Encours de dette 2010 par catégorie d'établissements



La forte progression de l'encours de dette des hôpitaux n'est pas surprenante puisqu'elle résulte 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 2,0 en 2010. Cette moyenne ne rend pas compte, cependant, des situations individuelles tendues, qui sont qualifiées par un ratio inférieur à 1. En 2010, comme en 2009, quelque 150 hôpitaux sont dans cette situation dont, pour la moitié d'entre eux, pour la deuxième année consécutive. Chaque situation nécessiterait naturellement une analyse approfondie pour bien en connaître l'ensemble des ressorts et apprécier la pérennité des tensions financières.

### Les ratios d'endettement selon le décret du 14 décembre 2011

Le décret du 14 décembre 2011 relatif aux limites et réserves du recours à l'emprunt des hôpitaux précise que l'autorisation préalable du directeur général de l'ARS pour recourir à l'emprunt est nécessaire si l'hôpital présente au moins deux des trois caractéristiques suivantes :

- Le ratio d'indépendance financière, qui résulte du rapport entre l'encours de dette à long terme et les capitaux permanents, excède 50 % ;
- La durée apparente de la dette (dette / autofinancement) dépasse 10 ans ;
- L'encours de la dette, rapporté au total de ses produits toutes activités confondues, est supérieur à 30 %.

Il s'agit de trois ratios classiques d'endettement qui expriment le niveau d'encours de dette en fonction de trois grandeurs financières bien distinctes : les financements stables (haut de bilan), l'autofinancement et la masse budgétaire. Les modalités exactes de calcul restent à venir. Toutefois, si l'on s'appuie sur la base de données comptables de la DGFIP et d'autres sources ministérielles, on peut avancer quelques moyennes pour 2010 calculées sur l'ensemble des EPS, tout en gardant à l'esprit que ces moyennes masquent des situations individuelles très disparates ; ce que montrent d'ailleurs les écarts entre moyennes et médianes, ainsi que le graphique ci-dessous.

À partir des données ainsi calculées, on constate avant tout, qu'en moyenne, l'indicateur rapportant l'encours de dette au total des produits dépasse la valeur seuil de 30 %. C'est aussi pour cet indicateur que le nombre d'EPS présentant cette caractéristique est le plus élevé (42 %). C'est donc le ratio le plus discriminant. En second lieu, vient le taux d'indépendance financière, un peu plus d'un quart des EPS ayant un taux d'indépendance financière supérieur à 50 %. Le critère de la durée apparente de la dette est le moins discriminant des trois ratios. Statistiquement, il n'y a pas de corrélation entre la taille budgétaire et le niveau des ratios : les petits établissements ne sont pas en situation plus difficile que les grands à l'aune de ces trois critères et inversement.

Au total, sur la base des résultats 2010, ce serait plus de 300 EPS (soit un peu moins de 30 %) qui devraient demander une autorisation préalable à l'ARS pour recourir à l'emprunt.

Ainsi, le décret introduit une certaine discrimination parmi les hôpitaux quant à leurs modalités d'accès aux crédits. En outre, le décret encadre les caractéristiques des nouveaux emprunts (index, marge, etc.) et prévoit de pouvoir y déroger, avec l'accord de l'ARS et par voie d'avenant, pour les contrats d'emprunts souscrits antérieurement, limitant de fait les possibilités de réaménagement qui requière, généralement, la mise en place d'un nouveau financement.

Données 2010	Taux d'indépendance financière	Durée apparente de la dette	Encours de dette rapporté au total des produits
Moyenne Tous EPS	47,5 %	6,2 années	34,8 %
Médiane Tous EPS	33 %	3,7 années	23,7 %
Valeur seuil du décret	50 %	10 années	30 %
Part des EPS dépassant la valeur seuil	27 %	19 %	42 %

Source : DGFIP ; calculs Dexia

### Positionnement des EPS en fonction de deux critères : taux d'indépendance financière et durée apparente de la dette en 2010



# Grandes tendances 2011 et perspectives 2012

Sollicités par l'effort collectif de maîtrise des finances publiques, au même titre que d'autres secteurs, les hôpitaux continuent, en 2011, de gérer leur budget sous contrainte. En 2012, le durcissement des politiques d'austérité pourrait accentuer la pression sur les budgets hospitaliers.

## Des produits moins dynamiques

En 2011, l'ONDAM hospitalier, pour l'ensemble des établissements de santé, devrait évoluer de + 2,8 %, soit une progression sensiblement supérieure à celle de 2010 (+ 2,0 %) qui a été exceptionnellement faible. En 2012, il a été décidé d'une augmentation plus faible qu'en 2011, de l'ordre de + 2,3 %.

La construction des sous-objectifs (ODMCO, MIGAC, etc.) a abouti à une évolution moyenne des tarifs du secteur public négative en 2011 et 2012, respectivement de - 0,83 % et - 0,21 %. S'agissant d'évolution moyenne, les évolutions tarifaires pénalisent ou avantagent, de façon très différenciée, les établissements. En outre, en 2011, le processus de convergence intrasectorielle engagé depuis plusieurs années dans le secteur public est achevé, ce qui se traduit par la suppression des coefficients de transition. Une fois de plus, selon la valeur de son coefficient, le budget de chaque hôpital est impacté de façon très variable.

Les crédits MIGAC continuent de servir d'enveloppe de bouclage de fin d'année pour garantir le respect de l'ONDAM. En 2011, du fait d'une activité soutenue en court séjour, seuls 100 millions d'euros de crédits MIGAC ont été dégelés sur les 400 millions d'euros mis en réserve en début d'année. En 2012, le processus de mise en réserve devrait se renouveler pour des montants comparables. Le gel de ces ressources affecte différemment les hôpitaux selon le poids que celles-ci représentent dans leur budget.

## Des charges mieux maîtrisées

Sachant que la progression tendancielle de leurs charges est évaluée, à 3,3 % dans le cadre du PLFSS, les établissements de santé publics et privés sont invités à réaliser des économies importantes chaque année. En 2011, celles-ci représentent près de 400 millions d'euros. En 2012, étant donné la décélération de croissance de l'ONDAM, l'effort d'économies serait porté à 500 millions d'euros.

Pour combler le « gap de croissance » entre produits et charges, nombreux sont les hôpitaux qui ont entrepris depuis quelques années des réformes de fond pour maîtriser leurs charges de personnel et optimiser les autres postes de dépenses. La maîtrise des charges de personnel est particulièrement visible dans les gros établissements qui ont engagé de véritables plans de redressement de leurs comptes. Les effets de ces politiques devraient se prolonger encore quelques années. En outre, en 2011 comme en 2012, le gel du point d'indice de la fonction publique et l'accélération des départs à la retraite du personnel hospitalier devraient contribuer à modérer la croissance des frais de personnel.

En 2012, en revanche, les travaux de fiabilisation des comptes pourraient se traduire par une revalorisation de certains postes de charge (provisions en particulier) et par conséquent, par une détérioration du résultat.

## Quelques situations individuelles fragiles

Plusieurs hôpitaux rencontrent aujourd'hui de graves difficultés financières, en raison notamment d'une structure de charges sur-calibrée au

regard de l'activité, suite au passage à la T2A. Le contexte de contrainte budgétaire risque d'accroître ces déséquilibres et d'accroître les besoins de trésorerie. En outre, les conditions d'accès au marché bancaire se restreignant (voir *infra*), ces mêmes établissements pourraient rencontrer des difficultés pour maintenir leurs financements court terme utilisés pour couvrir ces « gaps » de trésorerie.

## Un investissement en berne

La deuxième tranche du plan Hôpital 2012 ayant été ajournée, le volume des investissements hospitaliers devrait poursuivre son repli en 2011 et 2012. Cette hypothèse est d'autant plus probable que l'accès aux financements bancaires s'est considérablement resserré en 2011 et que la CAF stagne. Nombreux sont les hôpitaux qui préfèrent réduire la voilure et se tenir aux investissements incompressibles, quitte à reporter des opérations immobilières, en attendant une meilleure visibilité.

## Des modalités de financement du secteur public hospitalier en profonde mutation

La crise financière, qui s'est intensifiée au cours de l'été 2011 avec les tensions de marché sur les dettes souveraines en Europe, est depuis plusieurs mois source d'inquiétudes pour les établissements hospitaliers comme pour les collectivités locales. Les contraintes de liquidité et de refinancement qui pèsent aujourd'hui sur les banques ont en effet conduit la plupart d'entre elles à réduire leurs capacités de financement, voire à se retirer totalement du marché. Il en résulte, depuis quelques mois, une insuffisance de financement, tant à court qu'à long terme, pour couvrir les besoins de l'ensemble des établissements, une hausse des taux proposés liée au renchérissement du coût de l'accès à la liquidité et une réduction des durées de remboursement des nouveaux crédits. La perspective de mise en place des nouvelles normes dites « Bâle III » limite encore la capacité des établissements bancaires à financer un secteur qui, malgré le tassement prévisible des investissements et le renforcement de l'encadrement du recours à l'emprunt en application du décret du 14 décembre 2011 (voir *supra*), restera demandeur de volumes importants de crédits, traditionnellement amortis sur des durées longues.

Cette situation a conduit les pouvoirs publics à mettre en place, comme en 2008, une enveloppe d'urgence portée par la Caisse des Dépôts (CDC) afin de couvrir une partie des besoins de la fin d'année 2011 qui a été affectée pour partie seulement aux établissements hospitaliers. Le gouvernement a annoncé, par ailleurs, la mise en place d'une nouvelle enveloppe sur fonds d'épargne de 5 milliards d'euros en 2012, destinée aux collectivités locales et aux hôpitaux.

Des solutions plus structurelles sont toutefois recherchées afin de compenser le retrait des banques traditionnelles. C'est dans ce cadre que s'organisent actuellement la transformation de Dexia Crédit Local, prêteur historique des collectivités locales et des hôpitaux, et la mise en place, autour de La Banque Postale et de la Caisse des Dépôts, d'un nouveau pôle de financement du secteur public. On pourrait également noter dans les années à venir un intérêt plus marqué de certains établissements pour les émissions obligataires.