



Études et Résultats

N° 601 • septembre 2007

La structure des charges et des produits des hôpitaux publics de 2002 à 2005

Entre 2002 et 2005, les produits totalisés par le secteur hospitalier public progressent de 15 % en euros courants et s'élèvent à 56,7 milliards d'euros en 2005. Les produits versés par l'assurance maladie représentent l'essentiel de ces produits à hauteur de 83 % du budget principal des hôpitaux.

Les charges du secteur hospitalier public atteignent 56,5 milliards d'euros en 2005 et ont augmenté de 16 % en euros courants depuis 2002. Avec 70 % du budget principal, les charges de personnel sont prédominantes.

Les montants des produits et charges du secteur hospitalier public sont comparables sur la période mais il existe des déséquilibres marqués selon les hôpitaux publics. En 2005, plus d'un hôpital sur trois est ainsi en déficit (667 hôpitaux publics sont excédentaires et 339 déficitaires).

Compte tenu de la montée en charge de la T2A, les financements directement liés à l'activité représentent, en 2005, 15,5 % des produits versés aux hôpitaux publics par l'assurance maladie obligatoire.

Nicolas DUMONTAUX et Sébastien VILLERET

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

L'ANALYSE sectorielle détaillée des comptes hospitaliers, de même que l'étude consacrée chaque année aux cliniques privées à but lucratif, fait suite à l'état des lieux économique et financier des établissements de santé publié en juin par la DREES. L'examen des comptes de résultat du secteur hospitalier public entre 2002 et 2005 permet de disposer d'une analyse notamment des années précédant la mise en place de la tarification à l'activité (T2A) en 2004 (encadré 1). La nomenclature comptable M21, créée pour les hôpitaux publics, permet une analyse plus fine du compte de résultat d'un établissement de santé que le plan comptable général (PCG). Le PCG est appliqué à l'ensemble des entreprises de statut privé commercial ainsi qu'aux cliniques privées à but lucratif. Cette analyse du compte de résultat des hôpitaux publics est par ailleurs essentiellement centrée sur leur budget principal. Le budget, défini comme un document comptable distinguant recettes et dépenses, est composé pour les hôpitaux d'un budget principal et de budgets annexes (encadré 2). Ces derniers décrivent les opérations ayant trait à l'exploitation de certains services dont il est nécessaire d'isoler l'activité ou qui font l'objet d'un financement spécifique, notamment les unités de soins de longue durée, les établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes (EHPAD), la dotation non affectée (DNA).

Les hôpitaux publics peuvent être par convention répartis en sept catégories (tableau 1) :

- l'Assistance Publique-Hôpitaux de Paris (AP-HP) ;
- les 30 autres centres hospitaliers régionaux (CHR) ;
- les centres hospitaliers (CH), eux-mêmes classés en trois catégories selon leur taille, mesurée à partir de leurs produits « réels »¹ :
 - les grands CH (plus de 70 millions d'euros) ;
 - les moyens CH (entre 20 et 70 millions d'euros) ;
 - les petits CH (moins de 20 millions d'euros) ;

- les hôpitaux locaux (HL) ;
- les centres hospitaliers spécialisés dans la lutte contre les maladies mentales (CHS).

Les syndicats interhospitaliers (SIH) ont été classés avec les établissements qui se sont regroupés pour mettre en commun certaines fonctions ou activités (objectifs d'un SIH), c'est-à-dire au sein des CH ou des CHS.

Avec 56,7 milliards d'euros en 2005, les produits ont augmenté de 15 % depuis 2002 en euros courants

En 2005, les produits totaux² des hôpitaux publics s'élèvent à 58,5 milliards d'euros courants. Ce montant est toutefois surestimé, les flux internes entre établissements au sein du groupe AP-HP n'étant pas consolidés. Cette surestimation provient notamment de l'usage du Compte 7071, en principe consacré à la rétrocession de médicaments, mais par lequel peuvent aussi transiter des flux intra-groupe³. Les produits hors rétrocession (produits HR) ont ainsi été retenus pour la suite de l'analyse, ce qui revient à soustraire le Compte 7071 des produits totaux. Cette opération ne correspond pas à un retraitement optimal de la surestimation des recettes observées pour l'AP-HP. Elle permet cependant de mesurer avec plus de pertinence la somme des produits générés par le secteur hospitalier public et de les comparer avec ceux des autres catégories d'hôpitaux.

Les produits HR sont fortement concentrés au sein du secteur hospitalier public. Les 31 CHR (l'AP-HP et les 30 autres CHR), soit 3 % des entités juridiques du secteur hospitalier public, reçoivent près de 40 % des produits alors que les 347 HL, soit un tiers des entités juridiques du secteur, reçoivent 5 % de ces produits totaux. Ces différences d'allocations proviennent de la forte hétérogénéité des tailles des hôpitaux d'une catégorie à l'autre. Elle peut aussi s'expliquer par les différences d'activités et de missions⁴ entre les catégories. En particulier, les CHR représentent 27 % des lits du secteur hospitalier public et 20 % des places contre 40 % des produits

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

2. Les comptes définissant les produits totaux des hôpitaux publics sont ceux commençant par le chiffre 7.

3. La rétrocession de médicaments recouvre la délivrance, par une pharmacie hospitalière, de médicaments à des patients qui ne sont pas hospitalisés. En 2005, le Compte 7071 (rétrocession de médicaments) représente 3,4 % du Compte 70 de l'ensemble des hôpitaux publics. L'AP-HP tire vers le haut ce pourcentage puisque le Compte 7071 y représente plus de 12 % du Compte 70. Hors AP-HP, ce pourcentage chute à moins de 4 %. Cette part de la rétrocession pour l'AP-HP explique une partie de la surestimation des produits de l'AP-HP.

4. Les missions d'intérêt général (MIG) sont assurées pour une grande partie au sein des CHR.

■ ENCADRÉ 1

La tarification à l'activité (T2A) dans le secteur hospitalier public

Les activités de médecine chirurgie obstétrique (MCO) des hôpitaux publics, y compris la dialyse et l'hospitalisation à domicile, sont soumises partiellement à la tarification à l'activité (T2A) depuis le 1^{er} janvier 2004. En revanche, les hôpitaux locaux (HL) ainsi que les hôpitaux militaires et pénitentiaires ne sont pas soumis à la T2A même s'ils pratiquent pour certains des activités MCO. Les activités non MCO (moyen séjour, psychiatrie, soins de longue durée) ne sont pour l'instant pas concernées par la T2A.

Le principe fondateur réside en un financement directement lié à l'activité mais ce paiement n'est pas exclusif et une partie des dépenses hospitalières reste versée sous forme de dotations.

Le financement des séjours constitue l'essentiel de la partie tarifée à l'activité de la T2A. Il est en priorité basé sur les groupes homogènes de séjours (GHS) qui sont censés couvrir toutes les dépenses liées à l'hospitalisation, hormis certains éléments facturables en sus. Concrètement, les séjours de chaque patient sont classés au sein d'un groupe homogène de malade (GHM). Les GHM sont des regroupements de séjours déterminés à partir de critères économiques et médicaux fournis par le Programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI).

Un tarif national opposable à l'assurance maladie obligatoire, le GHS, est en règle générale associé à chaque GHM. Chaque établissement est donc remboursé par prestation au prix moyen du GHS qui correspond à cette prestation, quel qu'en soit le coût pour l'établissement.

Une tarification spécifique, en sus de ce forfait, peut être appliquée aux médicaments et aux dispositifs médicaux implantables (DMI) particulièrement coûteux ainsi qu'aux séjours de durée « extrême » (haute ou basse).

D'autres activités bénéficient d'un financement à l'activité, bien que n'étant pas tarifées au GHS : la dialyse, les interruptions volontaires de grossesse (IVG), la réanimation, l'hospitalisation à domicile (HAD), les consultations et actes externes des praticiens du secteur public, les services d'urgences et les prélèvements d'organes.

Les services d'urgences et les prélèvements d'organes font l'objet d'une tarification mixte (à l'activité et sous forme de dotation) car il s'agit également de rémunérer des charges fixes distinctes de l'activité et liées à l'organisation de la permanence des soins.

Avant 2004, l'ensemble des activités des hôpitaux publics étaient financées par la dotation globale (DG). Les ressources allouées aux établissements étaient essentiellement établies à partir des budgets de l'année précédente, les moyens financiers étant peu liés à l'évolution de l'activité. Avec la T2A, les ressources sont calculées à partir d'une estimation d'activités et de recettes obtenue à partir de 2006 grâce à l'état prévisionnel des recettes et dépenses (EPRD). Ainsi, pour les hôpitaux publics concernés par cette réforme, une logique d'activité succède progressivement à une logique de moyens issue du financement par dotation globale.

Cependant, même à partir de 2004, une partie des dépenses hospitalières de MCO restent financées par des dotations :

- les différentes missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation (MIGAC) ont en commun la difficulté ou l'impossibilité de les tarifier à l'activité. Elles restent donc financées par dotations ;
- en ce qui concerne les activités MCO hors MIGAC, la mise en place progressive de la T2A permet aux établissements de santé de s'adapter aux différentes règles de cette nouvelle logique tarifaire. Pour les hôpitaux publics, la progressivité de la réforme réside dans l'augmentation du pourcentage du financement directement lié à l'activité, complété par un financement sous forme de dotation, appelée dotation annuelle complémentaire (DAC). En 2005, les activités MCO des hôpitaux publics étaient ainsi financées directement à l'activité à hauteur de 25 % ; les 75 % restant étaient donc financés par la DAC, calculée sur la base de la DG antérieure. Ce taux s'élève à 10 % en 2004, 35 % en 2006 et 50 % en 2007.

Enfin, la dotation annuelle de financement (DAF) finance intégralement les activités non soumises à la T2A (moyen séjour, psychiatrie, soins de longue durée) et suit la logique de la DG.

■ TABLEAU 1

Répartition en 2005 des hôpitaux par catégories et par capacités hospitalières

| | Nombre d'hôpitaux | Nombre de lits en % ligne | | | | Nombre de lits total | Nombre de places en % ligne | | | Nombre de places total |
|----------------------------|-------------------|---------------------------|-------------|--------------|-----------------------|----------------------|-----------------------------|-------------|--------------|------------------------|
| | | MCO | Psychiatrie | Moyen séjour | Soins de longue durée | | MCO | Psychiatrie | Moyen séjour | |
| Secteur hospitalier public | 1 006 | 52 | 14 | 13 | 22 | 294 211 | 27 | 68 | 5 | 31 906 |
| AP-HP | 1 | 62 | 3 | 16 | 19 | 21 657 | 78 | 13 | 9 | 1 461 |
| Autres CHR | 30 | 74 | 5 | 8 | 12 | 58 075 | 61 | 33 | 6 | 4 992 |
| Grands CH | 128 | 64 | 8 | 10 | 18 | 85 380 | 42 | 53 | 5 | 7 470 |
| Moyens CH | 201 | 57 | 5 | 14 | 25 | 54 228 | 38 | 53 | 9 | 3 198 |
| Petits CH | 205 | 24 | 0 | 32 | 43 | 23 071 | 37 | 11 | 52 | 568 |
| HL | 347 | 15 | 0 | 27 | 58 | 22 096 | 9 | 22 | 69 | 54 |
| CHS | 94 | 1 | 91 | 1 | 7 | 29 704 | 0 | 100 | 0 | 14 163 |

Calculs • DREES.

Champ • France métropolitaine et DOM.

Sources • DGCP-SAE.

car le MCO constitue la majeure partie de leur activité (tableau 1). Au contraire, les HL disposent de 7,5 % des lits contre 5 % des produits étant donné qu'ils mobilisent une part importante de leur capacité d'accueil pour les soins de longue durée.

Les produits totaux des hôpitaux publics peuvent être estimés en 2005 à un peu plus de 56,7 milliards d'euros (somme des produits HR totaux). Ils s'élevaient à 49,3 milliards d'euros en 2002⁵, soit une progression de 15 % en euros courants sur la période. Le nombre de séjours assurés par les hôpitaux publics a augmenté dans le même temps de 5,5 %, ce qui correspond à une tendance au renchérissement des séjours.

L'assurance maladie contribue à hauteur de 83 % du budget principal des hôpitaux

En termes de produits HR totaux, le budget principal représente 87,5 % du budget total du secteur hospitalier en 2005, soit près de 50 milliards d'euros, et les budgets annexes 12,5 %, soit un peu moins de 7 milliards d'euros. La part du budget principal est supérieure à 80 % dans toutes les catégories sauf pour les petits CH (65 %) et surtout pour les HL (40 %). Les budgets annexes représentent ainsi 60 % du budget des HL en termes de produits HR. Cela renvoie de nouveau aux différences d'activités : beaucoup de HL et quelques petits CH ont une activité orientée vers les soins de longue durée (tableau 1), comptabilisés en budgets annexes.

Le budget principal des hôpitaux est composé de quatre groupes fonctionnels de produits et de quatre groupes fonctionnels de charges (encadré 2). Les activités différenciées entre les hôpitaux sont ainsi analysées selon la répartition par groupe fonctionnel des produits HR du budget principal de chaque catégorie, repérant notamment les différentes sources de financement. Cette répartition pour les HL se distingue nettement de celle des autres catégories d'établissements (graphique 1).

Avec près de 42 milliards d'euros, « les produits versés par l'assurance maladie » (groupe 1) représentent

l'essentiel des produits HR du budget principal, de toutes catégories hormis les HL. Ils forment en moyenne 83 % des produits, et varient entre 74 % des produits pour les petits CH et 89 % des produits pour les CHS (graphique 1).

« Les produits de l'activité hospitalière » (groupe 2), qui retracent principalement la participation des assurances complémentaires et des patients aux soins hospitaliers, forment 6 % des produits du budget principal pour le secteur hospitalier. Par catégorie, leur part est comprise entre 4 % pour les CHS et 8 % pour l'AP-HP.

La prédominance du groupe 1 par rapport au groupe 2 rappelle que, parmi tous les soins et biens médicaux⁶, c'est pour le secteur hospitalier que la part de la sécurité sociale dans le financement des dépenses est la plus élevée.

« Les autres produits » (groupe 3) représentent 10 % des produits HR du budget principal de l'ensemble du secteur hospitalier⁷. Les HL se distinguent des autres catégories avec 40 % des produits provenant de ce groupe.

Enfin, « les transferts de charges » (groupe 4) occupent pour toutes les catégories d'établissements une place marginale, toujours inférieure ou presque à 0,1 % en 2005.

Le poids des charges de personnel est prédominant

L'analyse des charges doit être considérée avec prudence. En premier lieu, le solde du Compte 7071 (rétrocessions de médicaments) a été retiré des charges afin de neutraliser la correction des produits citée plus haut. Ensuite, il existe des reports de charges qui, afférentes à une année n, pèsent sur les comptes de l'année n+1⁸. Les charges du secteur hospitalier public ont ainsi été estimées en 2005 à 56,5 milliards d'euros, dont 88 % comptabilisées en budget principal. Les charges, correspondant globalement aux ressources, ont progressé légèrement plus rapidement entre 2002 et 2005 que les produits (16 % contre 15 %).

En termes de groupes fonctionnels, « les charges relatives au personnel » (groupe 1) sont prépondérantes pour toutes les catégories d'établissements. Elles représentent près de

ENCADRÉ 2

Champ de l'étude et sources des données

Les données comptables des hôpitaux publics sont fournies par la Direction générale de la comptabilité publique (DGCP). Elles sont issues des comptes de résultats et de bilans des entités juridiques des établissements de santé de statut public. Une entité juridique peut inclure un ou plusieurs établissements.

La nomenclature comptable M21, relative aux hôpitaux publics, se compose du budget principal et de plusieurs budgets annexes. Le budget principal est plus particulièrement formé de quatre groupes fonctionnels de produits et de quatre groupes fonctionnels de charges.

Les groupes de produits sont en 2005 :

- le groupe 1 : produits versés par l'assurance maladie ;
- le groupe 2 : produits de l'activité hospitalière ;
- le groupe 3 : autres produits ;
- le groupe 4 : transferts de charges.

Les groupes de charges sont les suivants :

- le groupe 1 : charges d'exploitation relatives aux charges de personnel ;
- le groupe 2 : charges d'exploitation à caractère médical ;
- le groupe 3 : charges d'exploitation à caractère hôtelier et général ;
- le groupe 4 : amortissements, provisions, charges financières et exceptionnelles.

Les données de la DGCP ont été croisées avec la Statistique annuelle des établissements (SAE 2005) afin de ne conserver que des établissements de santé. Le nombre d'hôpitaux publics s'élève à 1006 en 2005 contre 1032 en 2002. La diminution du nombre d'hôpitaux publics entre 2002 et 2005 est liée autant à une légère concentration du secteur, quelques regroupements étant intervenus au cours de la période, qu'à un reclassement de certains établissements du secteur sanitaire vers le secteur médico-social.

5. Tous les montants sont exprimés en euros courants.

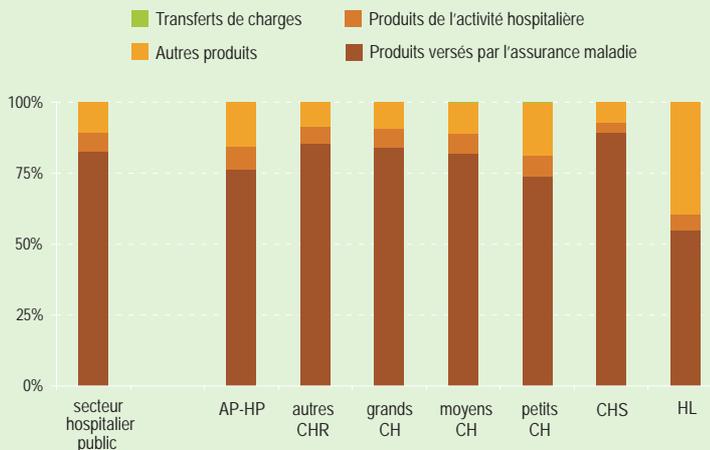
6. Outre le secteur hospitalier, les autres soins et biens médicaux étudiés sont d'une part les prestataires de soins ambulatoires (essentiellement les médecins libéraux) et d'autre part les distributeurs de biens médicaux en ambulatoire (notamment les pharmaciens).

7. La part du groupe 3 apparaît néanmoins sous-estimée du fait de l'exclusion de la rétrocession de médicaments (Compte 7071), destinée à permettre une comparaison plus pertinente entre catégories d'établissements.

8. L'application du principe de sincérité rappelé dans le nouveau cadre budgétaire (État prévisionnel des recettes et dépenses - EPRD) mis en œuvre en 2006 devrait permettre de faire ressortir ces reports de charges. Ces reports de charges sont estimés par la MECSS à environ 500 millions d'euros en 2005.

GRAPHIQUE 1

Répartition en 2005 des produits HR par groupe fonctionnel du budget principal



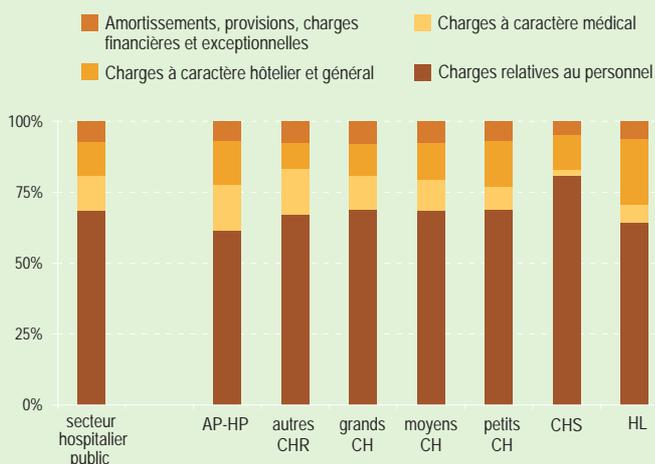
Calculs • DREES.

Champ • France métropolitaine et DOM.

Sources • DGCP-SAE.

GRAPHIQUE 2

Répartition en 2005 des charges HR par groupe fonctionnel du budget principal



Calculs • DREES.

Champ • France métropolitaine et DOM.

Sources • DGCP-SAE.

TABLEAU 2

Rentabilité économique des hôpitaux publics

| | Niveaux (%) | | | | Évolutions | |
|------------------------|-------------|------|------|------|--------------------|--------------------|
| | 2005 | 2004 | 2003 | 2002 | Entre 2004 et 2005 | Entre 2002 et 2005 |
| Total hôpitaux publics | 0,3 | 1,0 | 0,5 | 0,9 | -0,6 | -0,5 |
| AP-HP | -1,1 | 1,6 | -0,3 | 0,8 | -2,8 | -1,9 |
| Autres CHR | -0,2 | 0,4 | -0,1 | 0,5 | -0,6 | -0,7 |
| Grands CH | 0,6 | 0,4 | 0,2 | 0,4 | 0,1 | 0,2 |
| Moyens CH | 0,6 | 0,8 | 0,6 | 0,7 | -0,2 | -0,1 |
| Petits CH | 1,1 | 2,0 | 1,6 | 2,2 | -0,8 | -1,1 |
| CHS | 1,2 | 2,3 | 1,6 | 2,0 | -1,1 | -0,8 |
| Hôpitaux locaux | 2,0 | 2,5 | 3,1 | 3,2 | -0,5 | -1,3 |

Calculs • DREES.

Champ • France métropolitaine et DOM.

Sources • DGCP-SAE.

70 % des charges du secteur en 2005 et s'élèvent à 80 % des charges des CHS⁹ (graphique 2). Hors CHS, la part du groupe 1 est relativement homogène entre catégories. Elle est comprise entre 61 % pour l'AP-HP et 68 % pour les trois catégories de CH. De même, la part « des amortissements, provisions, charges financières et exceptionnelles » (groupe 4) est comprise entre 5 et 8 %.

Les parts « des charges à caractère médical » (groupe 2¹⁰) et « des charges à caractère hôtelier et général » (groupe 3) varient en 2005 d'une catégorie d'établissements à l'autre. La part du groupe 2 s'élève à 17 % pour les CHR alors qu'elle est inférieure à 10 % pour les petits CH, les HL et les CHS. Les « charges à caractère hôtelier et général » sont deux fois plus élevées dans les HL (25 % des charges du budget principal) que dans les autres établissements. Ces données illustrent que les CHR sont globalement en charge des soins les plus techniques alors que les HL ont principalement une fonction d'accueil et de soins pour les personnes âgées (tableau 1).

Les montants des produits et charges du secteur hospitalier public sont proches, avec des différences marquées entre hôpitaux publics

Le total des produits du secteur hospitalier public étant légèrement supérieur à celui des charges, son résultat net comptable¹¹ est globalement excédentaire pour chacune des années composant la période étudiée. Il s'élève en 2005 à un peu moins de 200 millions d'euros. En 2002, il atteignait presque 400 millions d'euros, soit un niveau deux fois plus élevé. En effet, les charges du secteur hospitalier public ont progressé légèrement plus rapidement que les produits en moyenne entre 2002 et 2005 (respectivement 16 et 15 %, voir supra).

Le ratio de rentabilité économique¹² du secteur hospitalier public s'établit ainsi à 0,3 % en 2005 et reste sur toute la période inférieur ou égal à 1 % (tableau 2). Celui-ci ne peut pas être analysé comme un indicateur de performance économique dans une logique d'allocation budgétaire. En

9. Ce ratio mesure le poids des charges de personnel (groupe 1) sur le total des charges. Il donne des résultats légèrement différents de ceux obtenus à partir du ratio Compte 64 (Charges de personnel) sur Compte 70 (Produits). Le groupe 1 des charges comprend en plus du Compte 64 (charges de personnel) les frais de personnel intérimaire, les impôts, taxes et versements assimilés sur rémunérations, les primes d'assurance maladie, maternité, accident du travail ainsi que les charges de personnel sur exercices antérieurs.

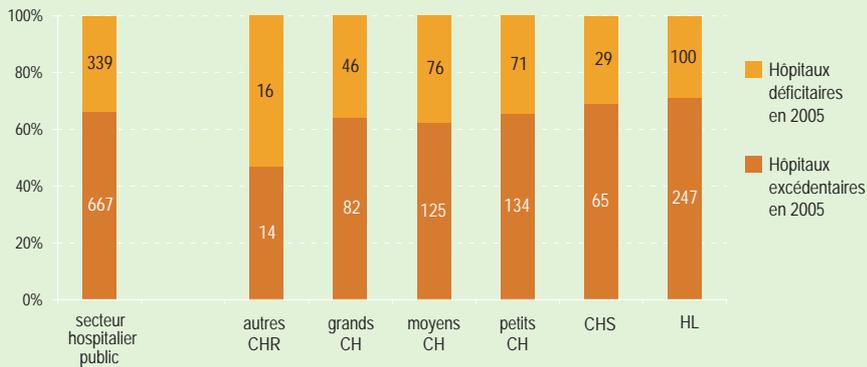
10. Pour rappel, les produits des rétrocessions de médicaments (Compte 7071) ont été retirés du groupe 2. Et même si les charges relatives aux rétrocessions de médicaments sont sans doute inférieures aux produits correspondants, cette opération a tout de même tendance à sous-estimer légèrement la place occupée par le groupe 2 au sein des charges.

11. Le résultat net comptable correspond au solde entre le total des produits et celui des charges.

12. La rentabilité économique des hôpitaux publics se définit ici comme le rapport entre le résultat net comptable et le Compte 70 (Produits) hors Compte 7071 (Rétrocession de médicaments).

GRAPHIQUE 3

Répartition en 2005 entre hôpitaux excédentaires et déficitaires



Note • L'AP-HP n'est pas incluse au sein du graphique 3 car la catégorie qu'elle forme ne contient qu'une seule entité juridique.

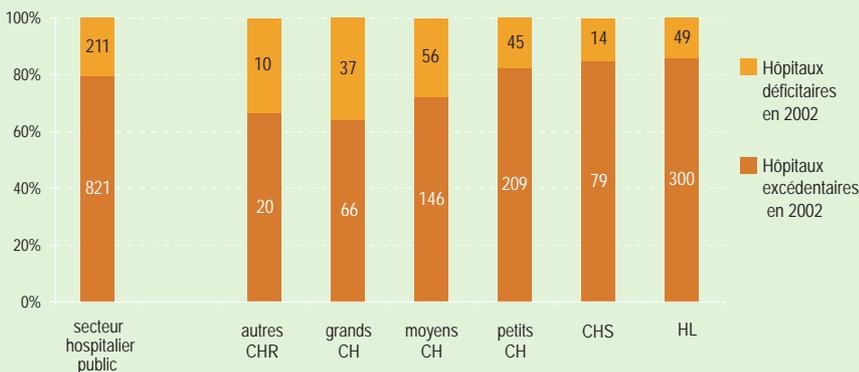
Calculs • DREES.

Champ • France métropolitaine et DOM.

Sources • DGCP-SAE.

GRAPHIQUE 4

Répartition en 2002 entre hôpitaux excédentaires et déficitaires



Note • L'AP-HP n'est pas incluse au sein du graphique 4 car la catégorie qu'elle forme ne contient qu'une seule entité juridique.

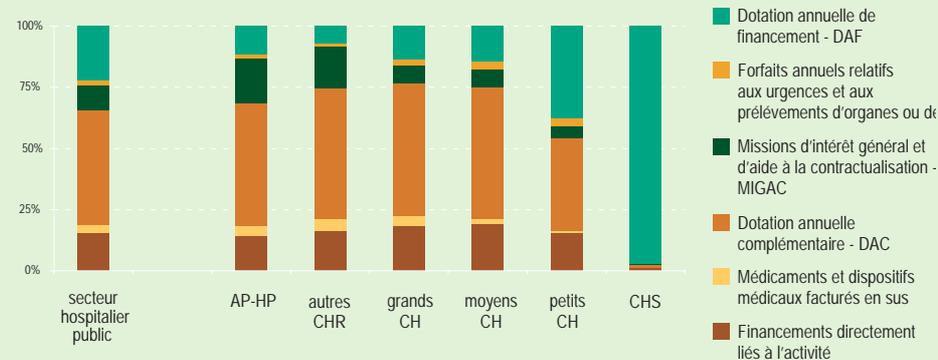
Calculs • DREES.

Champ • France métropolitaine et DOM.

Sources • DGCP-SAE.

GRAPHIQUE 5

Répartition en 2005 du groupe 1 des produits HR du budget principal



Note • Le détail du Compte 70621 n'est pas illustré pour les HL car un quart d'entre eux ont renseigné des comptes liés à la mise en place de la T2A alors qu'ils ne sont pas soumis à la T2A.

Calculs • DREES.

Champ • France métropolitaine et DOM.

Sources • DGCP-SAE.

revanche, son analyse dans le cadre d'un financement par dotation globale, encore majoritaire au sein du secteur hospitalier public, permet de comparer la répartition du budget global et les charges des hôpitaux. Un ratio de rentabilité économique toujours positif en moyenne sur la période et relativement faible, indique que le montant total destiné au financement du secteur public hospitalier semble suffisant au regard de ses charges.

En revanche, l'analyse du résultat net comptable par catégorie illustre des déséquilibres entre établissements. Ainsi, deux catégories sont déficitaires pour au moins une année de la période : en 2005 comme en 2003, les charges de l'AP-HP et des autres CHR sont plus élevées que leurs produits. Cependant, leurs résultats sont proches de l'équilibre sauf pour l'AP-HP en 2005, avec une rentabilité économique de -1% (tableau 2). Toutes les autres catégories sont en moyenne excédentaires au cours de chacune des quatre années étudiées, mais à des degrés divers. Ainsi, la rentabilité économique des moyens et grands CH est toujours inférieure à 1%, tandis que celle des petits CH et des CHS est comprise sur la période entre 1% et un peu plus de 2%. Les HL forment la catégorie d'établissements dont la rentabilité économique moyenne est la plus élevée, comprise entre 2% et un peu plus de 3%. Toutes les catégories sauf les grands CH enregistrent par ailleurs en 2005 leur niveau de rentabilité économique le plus faible de la période.

En 2005, 667 hôpitaux publics sont excédentaires et 339 déficitaires (graphique 3). Plus d'un hôpital sur trois est en déficit en 2005 contre un sur quatre en 2002 (graphique 4). Par ailleurs, un tiers des hôpitaux en déficit une année l'étaient déjà l'année précédente. Par exemple, 122 établissements sont déficitaires en 2004 et en 2005. En revanche, seuls 19 établissements restent déficitaires au cours des quatre années. Même si ce groupe est composé d'établissements appartenant à la plupart des catégories des hôpitaux, les moyens CH en composent plus du tiers.

Au sein d'une catégorie, la situation économique des établissements

peut être très variable. Les HL sont ainsi sous-représentés parmi les hôpitaux publics déficitaires en 2005 comme en 2002 au contraire des CHR surtout en 2005 (graphiques 3 et 4).

Les déficits observés pour certains établissements peuvent provenir soit d'une mauvaise allocation de la dotation globale par rapport à l'activité réalisée, soit des charges excessives des établissements. À cet égard, une meilleure répartition du financement entre les différents établissements représente l'un des objectifs poursuivis par la mise en place progressive de la T2A (encadré 1).

Les financements directement liés à l'activité représentent 15,5 % des produits versés aux hôpitaux publics par l'assurance maladie obligatoire

L'objectif national des dépenses d'assurance maladie (ONDAM) voté chaque année au Parlement est décomposé en plusieurs enveloppes. L'ONDAM hospitalier, qui s'élève à 61,5 milliards d'euros en 2005, concerne les hôpitaux publics, les établissements privés à but non

lucratif et les cliniques privées à but lucratif. Selon les comptes des établissements disponibles en 2005 (encadrés 1 et 3), les hôpitaux publics auraient consommé environ 70 % de l'ONDAM hospitalier, soit 42,7 milliards d'euros. Ce montant est constitué :

- d'une partie concernée par la mise en place de la T2A (76 %), divisée en deux enveloppes :
 - les dépenses d'assurance maladie relatives aux activités de MCO (65,5 %);
 - les missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation (10,5 %).
- une partie relative aux activités non MCO, qui ne sont pas concernées par la T2A (24 %).

Du fait d'une décomposition plus détaillée en 2005, la part de l'ONDAM concernée par la mise en place de la T2A peut par ailleurs être analysée de façon plus fine.

Compte tenu de la part MCO dans l'activité des hôpitaux publics et de la montée en charge progressive de la T2A, les financements directement

liés à l'activité (encadré 3) forment 15,5 % du groupe 1 des produits du budget principal (graphique 5).

La dotation annuelle complémentaire (DAC) prolonge en partie le financement sous dotation globale des activités MCO du secteur hospitalier public. Ce compte représente 47 % du groupe 1¹³.

Le financement des MIGAC (Compte 706218), indépendantes de l'activité mais pour autant liées à la mise en œuvre de la T2A, représente 4,4 milliards d'euros pour le secteur hospitalier public en 2005, soit 10,5 % du groupe 1. Le poids des MIGAC est le plus élevé au sein de l'AP-HP et des autres CHR, avec près de 20 % du groupe 1, car ce sont ces établissements qui assurent l'essentiel des missions d'enseignement et de recherche.

Les activités de moyen séjour (soins de suite et de réadaptation - SSR), de psychiatrie ainsi que la part du long séjour financée par la sécurité sociale restent pour leur part rémunérés intégralement par dotation, au travers de la DAF qui représente 22 % du groupe 1 (graphique 5).

13. On retrouve bien le taux réglementaire de la T2A (25 % en 2005, encadré 1) en faisant le rapport entre les financements directement liés à l'activité (15,5 %) et la somme de la DAC et des financements directement liés à l'activité (47 % + 15,5 %, soit 62,5 %).

■ ENCADRÉ 3

La répartition selon l'objectif national des dépenses d'assurance maladie (ONDAM) des produits versés aux hôpitaux publics par l'assurance maladie¹

À partir de 2005, la prise en compte de la T2A au sein de la nomenclature comptable hospitalière M21 permet d'étudier la répartition des produits des hôpitaux publics en différentes enveloppes : activités MCO, MIGAC, activités hors MCO. Elle prend pour base la décomposition de l'objectif national des dépenses d'assurance maladie (ONDAM) hospitalier. Cette analyse cible ainsi les versements de l'assurance maladie obligatoire, c'est-à-dire qu'elle ne prend pas en compte les paiements directs des malades et les versements effectués par les assurances maladies complémentaires. Elle correspond donc principalement à l'analyse de la répartition du groupe 1 des produits du budget principal, composé à 98,5 % du Compte 70621 (produits de l'hospitalisation versés par l'assurance maladie).

Les MIGAC composent le Compte 706218, avec une décomposition entre le Compte 7062181 (Dotation missions d'intérêt général - MIG) et le Compte 7062182 (Dotation d'aide à la contractualisation - AC).

L'enveloppe hors MCO des hôpitaux publics peut être estimée, à partir des comptes disponibles, comme la somme du Compte 706217 (Dotation annuelle de financement - DAF) du budget principal et du Compte 70661 (Dotation globale de financement des soins) des budgets annexes.

L'enveloppe MCO connaît une décomposition plus détaillée, en lien avec la mise en œuvre de la T2A :

706211 Produits de la tarification des séjours ;

706212 Produits des médicaments facturés en sus des séjours ;
706213 Produits des dispositifs médicaux facturés en sus des séjours ;
706214 Forfait annuel urgences ;
706215 Forfait annuel prélèvements d'organes ou de tissus ;
706216 Dotation annuelle complémentaire - DAC ;
706511 Part des consultations et actes externes pris en charge par des organismes d'assurance maladie ;
70652 Forfaits accueil et traitement des urgences (ATU) pris en charge par l'assurance maladie ;
70653 Prestations et prélèvements d'organes ou de tissus ;
706551 Interruption volontaire de grossesse : part prise en charge par l'assurance maladie ;
706561 Part du SMUR prise en charge par l'assurance maladie.

Cette décomposition fine permet ainsi d'étudier par exemple la place occupée en 2005 par les financements directement liés à l'activité (somme des Comptes 706211 et 706511 à 706561) ou encore celle conservée pour l'activité MCO par les paiements sous forme de dotation (somme des Comptes 706214 à 706216).

1. Les produits versés aux hôpitaux publics par l'assurance maladie correspondent au groupe 1 des produits du budget principal complété du Compte 70661 (Dotation globale de financement des soins) des budgets annexes.

Ainsi, en 2005, le secteur hospitalier public reste financé sous forme de dotations pour plus de 80 % des produits versés par l'assurance maladie obligatoire. Les interprétations économiques et financières d'indicateurs relatifs aux hôpitaux publics doivent ainsi être pour l'instant plus reliées au principe des dotations qu'à d'éventuels impacts de la T2A.

Par ailleurs, à partir de la décomposition du Compte 70621, ce sont 524 hôpitaux publics sur 1 006 qui sont concernés par la T2A en 2005 et 482 qui ne le seraient pas (347 HL, 84 CHS et 51 CH). Ces derniers composent ainsi près de la moitié des entités juridiques du secteur hospitalier public mais représentent en 2005 moins de 20 % des lits¹⁴ et environ 40 % des places (très nombreuses en psychiatrie). Pour analyser les éventuels effets de la T2A sur la situation économique et financière des hôpitaux publics, il apparaît donc délicat de s'appuyer uniquement sur une segmentation par catégorie d'établissements sans tenir compte de la part d'activités MCO, variable au sein de chacune d'elle, voire de l'existence d'établissements non concernés par la T2A (cas des petits CH). En effet, l'immense majorité des établissements concernés par

la T2A assurent également des activités dont le financement n'est pas aujourd'hui sous T2A (moyen séjour, psychiatrie, long séjour). Seules des don-

nées issues de retraitements comptables ou d'une comptabilité analytique pourraient permettre d'identifier sans ambiguïté les effets de la T2A. ■

■ Pour en savoir plus

- Arnault S., Fizzala A., Leroux I., Lombardo P., 2006, «L'activité des établissements de santé en 2005 en hospitalisation complète et partielle», *Études et Résultats*, DREES, n° 546, décembre.
- Fenina A., Geffroy Y., 2007, «Comptes nationaux de la santé 2006», *Document de travail*, série statistiques, DREES, n° 114, septembre.
- Dumontaux N., Le Rhun B., Legendre M.-C., Villeret S., 2007, «Indicateurs de suivi économique et financier des établissements de santé de 2002 à 2005», *Études et Résultats*, DREES, n° 576, juin.
- Le Rhun B., Legendre M.-C., Podevin M., Villeret S. avec la collaboration de Martin M., 2006, «Indicateurs de suivi économique et financier des établissements de santé de 2002 à 2004», *Études et Résultats*, DREES, n° 489, mai.
- Le Rhun B., Legendre M.-C., 2007, «L'évolution de la situation économique et financière des cliniques privées à but lucratif entre 2004 et 2005», *Études et Résultats*, DREES, n° 583, juillet.
- Le Rhun B., Legendre M.-C., 2006, «L'évolution de la situation économique et financière des cliniques privées entre 2003 et 2004», *Études et Résultats*, DREES, n° 498, juin.
- Podevin M., Villeret S., 2007, «Les investissements des établissements de santé de 1994 à 2004», *Études et Résultats*, DREES, n° 547, janvier.
- Vasselie A., Cazeau B., 2006, «Rapport d'information sur la dette sociale», Mission d'évaluation et de contrôle de la sécurité sociale (MECSS) de la Commission des Affaires Sociales du Sénat, séance du 10 mai 2006.
- 2007, «Les comptes des établissements publics de santé – 2004», Direction générale de la comptabilité publique.

14. Cela ne signifie évidemment pas que les activités hors MCO (moyen séjour, psychiatrie, soins de longue durée) concentrent 20 % des lits du secteur hospitalier public. Les hôpitaux concernés par la T2A assurent en effet également des activités hors MCO.