



# Erétudes et Résultats

N° 628 • mars 2008

## La structure des charges et des produits des établissements privés à but non lucratif en 2004 et 2005

Les produits totaux des établissements de santé privés anciennement sous Dotation globale (« ex DG ») s'élevaient en 2005 à 8,5 milliards d'euros, progressant de 4,1 % par rapport à 2004. L'assurance maladie obligatoire contribue en moyenne à 86 % de ces produits.

Les charges relatives au personnel sont prépondérantes au sein des établissements privés ex DG et représentent près de 70 % des charges. Pour les CLCC ce taux est plus faible (57 %) en lien avec l'activité spécifique de ces établissements.

En 2004 comme en 2005, le secteur privé ex DG enregistre un déficit, correspondant à -0,4 % de ses produits totaux. Un établissement sur deux est déficitaire. Au sein du secteur MCO, les plus grands établissements sont plus souvent déficitaires que les petits établissements.

Les établissements privés ex DG n'ayant pas tous une activité de Médecine chirurgie et obstétrique (MCO) et la T2A se mettant en œuvre progressivement, les financements directement liés à l'activité représentent, en 2005, 12 % des produits versés par l'assurance maladie à ce secteur.

**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

**D**EPUIS 2004, les établissements anciennement sous dotation globale (DG) sont financés pour leur activité de court séjour sur la base de la tarification à l'activité (T2A), avec une montée en charge progressive de la réforme (encadré 1). Afin d'évaluer les effets de cette réforme tarifaire sur l'offre de soins en établissements, en termes d'efficacité économique, la DREES assure un suivi régulier de la situation économique et financière des établissements de santé<sup>1</sup>. Il s'agit d'une part de fournir de premières indications évaluant globalement le bon niveau des tarifs alloués aux établissements et le degré d'adaptation des établissements au nouveau système. Un nombre important et croissant d'établissements connaissant des difficultés peut indiquer, dans certaines conditions, le signe d'un différentiel trop grand entre coûts et tarifs, ou aussi être la marque de rigidités empêchant certains établissements de réaliser les efforts d'efficience souhaitables. D'autre part, il s'agit d'identifier certains groupes d'établissements qui bénéficieraient ou pâtiraient plus que d'autres du nouveau système de financement.

La modification du mode de financement des établissements ex DG, étant partielle en termes d'activité et très progressive dans le temps, ne devrait pas affecter significativement leur fonctionnement et leurs résultats de 2004 à 2005. La situation économique et financière du secteur privé ex DG<sup>2</sup> en 2004 comme en 2005 est analysée en lien avec le principe des dotations et ne peut être interprétée en termes d'impact de la T2A. Cette étude complète les résultats déjà disponibles pour ce secteur des années 2001 à 2004<sup>3</sup>.

Le compte de résultat des années 2004 et 2005 ainsi que le bilan des années 2002 à 2006 sont traités au sein de cette étude, et couvrent ainsi la montée en charge de la tarification à l'activité (T2A) dans ce secteur (encadré 2).

Avec presque 3,5 millions d'entrées et venues, les établissements privés à but non lucratif réalisent en 2005 un peu plus de 14 % des séjours

hospitaliers. En comparaison, 58 % des séjours sont réalisés par le secteur public hospitalier et 28 % par les cliniques privées à but lucratif en 2005. L'activité des établissements privés à but non lucratif est plus particulièrement orientée sur les activités non concernées par la T2A. Les établissements privés à but non lucratif réalisent ainsi 8 % des séjours en Médecine chirurgie et obstétrique (MCO) (contre 55 % pour le secteur public hospitalier et 37 % pour les cliniques privées à but lucratif).

### **Progression des produits totaux du secteur privé ex DG de 4,1 % par rapport à 2004**

En 2005, les produits totaux des établissements privés ex DG sont estimés à un peu plus de 8,5 milliards d'euros<sup>4</sup>. Entre 2004 et 2005, les produits des établissements privés ex DG ont augmenté de 4,1 % en euros courants (tableau 1). Cette progression apparaît plus faible que celles des hôpitaux publics (5,5 %) et surtout des cliniques privées (9,3 %).

Les produits totaux<sup>5</sup> d'un établissement privé ex DG s'élèvent en moyenne à 14 millions d'euros. La taille de ces établissements apparaît en moyenne plus proche des cliniques privées à but lucratif (9,9 millions d'euros en moyenne de chiffre d'affaires en 2005) que des hôpitaux publics (58 millions de produits hors rétrocession de médicaments en 2005). L'analyse de ce montant par établissement fait apparaître une hétérogénéité quant à la taille des établissements privés ex DG, pour partie liée à l'activité principale des établissements. Le secteur a ainsi été divisé en huit catégories, considérant à la fois le critère activité et le critère taille en fonction des produits totaux :

- les 20 centres de lutte contre le cancer ou CLCC ;
- les autres établissements pratiquant une activité MCO, segmentés en trois catégories selon leur taille :
  - les grands MCO, soit ceux dont les produits sont supérieurs ou égaux à 35 millions d'euros ;
  - les moyens MCO, soit ceux dont les produits sont compris entre 12 et 35 millions d'euros ;

1. Voir les articles référencés page 8 dans l'encadré « Pour en savoir plus ».

2. Quelques établissements privés à but non lucratif n'étaient pas financés sous DG mais sous objectif quantifié national (OQN). Ils ne sont pas inclus dans cette étude, au même titre que les établissements privés ex DG ne pratiquant que des activités de longue durée.

3. L'Études et Résultats, n° 553, de la DREES, sur les établissements PSPH, a été réalisée à l'aide d'une enquête auprès d'un échantillon plus restreint d'établissements que pour cette étude. Aucun résultat n'y était donné sur les établissements de psychiatrie.

4. Les produits totaux des établissements privés ex DG étudiés s'élèvent à 7,7 milliards d'euros (tableau 1) et ils représentent 90 % des entrées, venues et séances en 2005.

5. Les comptes définissant les produits totaux sont ceux commençant par le chiffre 7.

## ENCADRÉ 1

### La tarification à l'activité (T2A) dans les établissements privés ex DG

Les établissements de santé privés ex DG sont concernés par la T2A selon les mêmes grands principes que ceux qui s'appliquent aux hôpitaux publics. Ces grands principes sont exposés dans l'encadré 1 d'Études et Résultats, n° 601, sur les hôpitaux publics.

Les modalités de la mise en œuvre progressive de la T2A ont évolué pour les établissements ex DG depuis cette publication. En effet, pour les hôpitaux publics et les établissements privés ex DG, la progressivité de la réforme résidait jusqu'en 2007 dans l'augmentation du pourcentage du financement directement lié à l'activité, complété par un financement sous forme de dotation, la Dotation annuelle complémentaire (DAC). En 2005, les activités MCO des établissements ex DG 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. Dans le cadre de la loi de financement de la sécurité sociale (LFSS) pour 2008, ce taux est passé à 100 % dès 2008. La montée en charge de la réforme se poursuit au travers de coefficients de transition. Ce coefficient est calculé chaque année pour chaque établissement et vise à harmoniser de manière progressive les ressources qui sont allouées aux établissements.

## ENCADRÉ 2

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

Le compte de résultat des établissements privés anciennement sous dotation globale (DG) représente le cœur de cette étude. Il est par ailleurs complété d'indications relatives au bilan des établissements privés ex DG. Cette étude mobilise deux sources de données, mises à la disposition de la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) par la Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins (DHOS) et croisées avec la Statistique annuelle des établissements (SAE).

• La **première source** utilisée est l'outil ICARE, à partir duquel l'ensemble des établissements ex DG sont interrogés afin de fournir leurs retraitements comptables. Ces retraitements comptables permettent notamment de distinguer un certain nombre de charges et de produits en fonction des activités pratiquées par les établissements (MCO, SSR, psychiatrie).

Les données de 549 établissements, soit 80 % des établissements privés ex DG, sont ainsi étudiées. Représentant 90 % des entrées, venues et séjours, ces établissements sont de taille relativement plus importante que la moyenne des établissements privés ex DG.

Les établissements privés ex DG suivent la nomenclature comptable M21bis, qui s'avère très proche de la M21 des hôpitaux publics, dont elle est une adaptation. Elle distingue à ce titre quatre groupes fonctionnels de produits et 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

• La **seconde source** utilisée s'intéresse aux comptes de bilan (comptes de classe 1 à 5) des établissements privés ex DG. L'encadré 3 présente quelques éléments d'analyse issus de cette enquête, centrés sur l'investissement.

- les petits MCO, soit ceux dont les produits sont inférieurs à 12 millions d'euros ;

• les établissements de soins de suite et de réadaptation (SSR), segmentés en deux catégories :

- les grands SSR, soit ceux dont les produits sont supérieurs ou égaux à 6 millions d'euros ;

- les petits SSR, soit ceux dont les produits sont inférieurs à 6 millions d'euros ;

• les établissements psychiatriques, segmentés en deux catégories :

- les grands psychiatrie, soit ceux dont les produits sont supérieurs ou égaux à 6 millions d'euros ;

- les petits psychiatrie, soit ceux dont les produits sont inférieurs à 6 millions d'euros.

Quatre des huit catégories ainsi constituées sont concernées par la T2A : les centres de lutte contre le cancer (CLCC) ainsi que les trois autres catégories d'établissements MCO, soit 163 établissements sur 549 (30 %). Ne sont pas concernés par la T2A, les 70 % restant, soit les établissements spécialisés en soins de suite et de réadaptation (SSR) ou en psychiatrie. La situation particulière des petits établissements MCO (dont les produits sont inférieurs à 12 millions d'euros) doit être soulignée. Cette catégorie d'établissements est concernée par la T2A, puisque les structures la composant pratiquent toutes une activité MCO. Cependant la majorité des lits de cette catégorie est consacrée à l'activité de SSR. Il apparaît donc que nombreux sont les établissements multidisciplinaires, avec une activité orientée MCO en complément de leur activité principale en SSR. Le fait de pratiquer une activité MCO a été retenu comme premier critère de segmentation, en lien avec l'évaluation à venir des impacts de la T2A.

Comme dans le reste du secteur hospitalier, les établissements privés MCO ont en moyenne des recettes plus élevées que les autres établissements. Les CLCC, avec 68 millions d'euros de produits moyens en 2005, et les autres établissements MCO (27 millions d'euros) sont beaucoup plus grands que les établissements de psychiatrie et de SSR, dont les produits moyens sont inférieurs à 10 millions d'euros.

Les ressources des établissements privés ex DG de MCO ont progressé plus fortement entre 2004 et 2005 que celles des autres catégories d'établissements<sup>6</sup> (tableau 1). Le produit des CLCC a notamment augmenté de 6,1 % en moyenne contre 4,1 % pour le secteur privé ex DG.

### L'assurance maladie obligatoire finance 86 % des produits des établissements privés ex DG

Au sein des recettes du secteur privé ex DG, la part des « produits versés par l'assurance maladie » (groupe 1)<sup>7</sup> est prépondérante. Ils représentent en moyenne 86 % des produits des établissements privés ex DG (graphique 1). Leur part apparaît relativement homogène entre catégories, puisqu'elle varie entre 85 % des produits pour les grands MCO ainsi que les petits SSR et 91 % pour les petites structures psychiatriques.

Les « produits de l'activité hospitalière » (groupe 2), soit principalement la participation des assurances complémentaires et des patients aux soins hospitaliers, constituent 5 % des recettes. Cette part est plus variée entre catégories que celle du groupe 1. Elle est moins élevée dans les CLCC et les établissements psychiatriques que dans les autres établissements MCO et les établissements de SSR.

« Les autres produits » (groupe 3) représentent 9 % des recettes. Ils sont élevés pour les CLCC (12 %), en raison de l'importance de la rétrocession de médicaments<sup>8</sup>, qui concerne surtout les classes LO2 et LO4 de la classification ATC (« thérapeutique endocrine » et « immunosuppresseurs »)<sup>9</sup>.

Enfin, « les transferts de charges » (groupe 4) occupent pour toutes les catégories d'établissements une place marginale, toujours inférieure à 0,6 % en 2005.

Entre 2004 et 2005, la part des groupes fonctionnels de produits reste relativement stable.

### La part des charges de personnel plus élevée dans le secteur psychiatrique que dans les CLCC

Charges et produits des établissements privés ex DG s'équilibrent glo-

balement aussi bien en 2004 qu'en 2005. L'analyse des groupes fonctionnels de charges par catégorie fait apparaître la prépondérance des charges relatives au personnel (groupe 1) mais aussi l'influence sur certains groupes fonctionnels d'activités spécifiques et de taille différenciée.

Comme pour le secteur public, « les charges relatives au personnel » (groupe 1) représentent près de 70 % des charges du secteur en 2005 (graphique 2). Leur part est plus forte pour les établissements spécialisés en psychiatrie (81 % pour les grands établissements de psychiatrie) et

## ENCADRÉ 3

### Les investissements des établissements privés ex DG

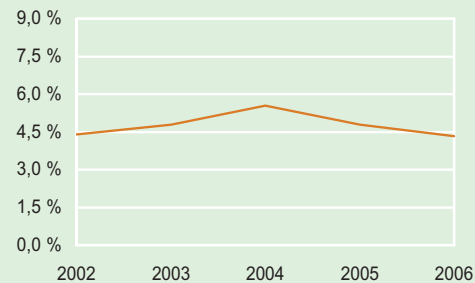
Jusqu'en 2006 et la mise en œuvre des comptes financiers par la DHOS, les comptes de bilan des établissements privés à but non lucratif n'étaient collectés par aucune source de données. Pour disposer de données antérieures à cette date, la DREES et la DHOS ont mis en place une enquête relative aux comptes de bilan des établissements privés ex DG pour les années 2002 à 2006. Sur les 255 établissements ayant répondu à l'enquête, les informations de 235 d'entre eux ont pu être utilisées pour l'analyse faite ci-dessous, ce qui représente un peu plus du tiers des établissements ex DG.

La taille relativement faible de cet échantillon ainsi que le caractère unique de cette enquête induisent plusieurs choix méthodologiques. L'analyse a été faite sur l'échantillon global des établissements (et non par catégorie). Elle porte ensuite sur le taux de renouvellement des immobilisations, soit le rapport entre les investissements et le patrimoine<sup>1</sup>. Le taux médian a enfin été privilégié par rapport à un taux moyen, plus sensible à la présence de valeurs extrêmes.

En 2006, les 235 établissements privés ex DG analysés ont réalisé près de 400 millions d'euros d'investissements et détiennent un patrimoine d'un peu plus de 3,3 milliards d'euros. Leur investissement médian s'élève à 200 000 euros. Moins de 10 % des établissements étudiés (soit une quinzaine d'établissements) réalisent annuellement environ 60 % des investissements. Cette concentration des investissements renvoie évidemment aux différences de taille entre établissements (voir *supra*). Elle renvoie également à l'hétérogénéité des investissements réalisables. La reconstruction à neuf d'un établissement est évidemment beaucoup plus coûteuse qu'un achat de scanner par exemple.

Le niveau et l'évolution du taux médian de renouvellement des immobilisations des établissements privés ex DG doivent être analysés avec précaution, du fait principalement du caractère relativement faible de l'échantillon étudié. Ce taux s'élèverait à 4,3 % en 2006, niveau similaire à celui observé en 2002 (graphique). Ce taux aurait progressé de plus d'un point entre 2002 et 2004, pour atteindre 5,5 %. Il aurait chuté, selon le même ordre de grandeur, les deux années suivantes. Ainsi, les deux premières années du volet investissement du plan Hôpital 2007 auraient été l'occasion de faire progresser leurs niveaux d'investissement pour nombre d'établissements privés ex DG. Cet essor ne se serait cependant pas prolongé en 2005 et 2006 au niveau du secteur ex DG<sup>2</sup>. En termes de dispersion, le premier quartile du taux de renouvellement des immobilisations serait, sur la période étudiée, compris entre 2,1 et 2,5 %. Le troisième quartile serait légèrement supérieur à 10 %<sup>3</sup>.

### Taux médian de renouvellement des immobilisations des établissements privés ex DG



Sources • Enquête bilan DHOS-DREES, calculs : DREES

1. Les investissements correspondent aux acquisitions ou créations enregistrées au cours de l'exercice, entièrement réalisées ou en cours de réalisation, sur les comptes d'immobilisations. Le patrimoine se définit comme le cumul des investissements et autres flux relatifs aux immobilisations intervenus depuis la création de l'établissement.

2. L'analyse établissement par établissement apparaît différente, certains établissements ayant profité des aides accordées dans le cadre du volet investissement du plan Hôpital 2007 pour augmenter leur taux de renouvellement des immobilisations tout au long de la période.

3. Ceci signifie que trois quarts des établissements privés ex DG étudiés enregistrent sur la période un taux de renouvellement des immobilisations inférieur à environ 10 % (troisième quartile).

6. Du fait du passage de certains établissements d'une catégorie de taille à une autre entre 2004 et 2005, les évolutions prenant en compte les catégories de taille n'ont pas de réelles significations.

7. La comparaison de la structure des produits et des charges entre les hôpitaux publics et le secteur privé ex DG n'est pas immédiate en 2004 et 2005. Ces deux secteurs suivent pourtant des nomenclatures comptables (M21 et M21 bis) très proches. Plusieurs divergences expliquent la difficulté de cette comparaison.

8. La rétrocession de médicaments recouvre la délivrance, par une pharmacie hospitalière, de médicaments à des patients qui ne sont pas hospitalisés.

9. Les substances actives composant un médicament peuvent être classées selon plusieurs classifications, notamment la classification ATC (Anatomical therapeutic chemical) réalisée par l'Organisation mondiale de la santé (OMS). Les médicaments nécessaires à la prise en charge du cancer sont inclus dans la classe L « Antinéoplasiques et immunomodulateurs » de la classification ATC.

■ TABLEAU 1

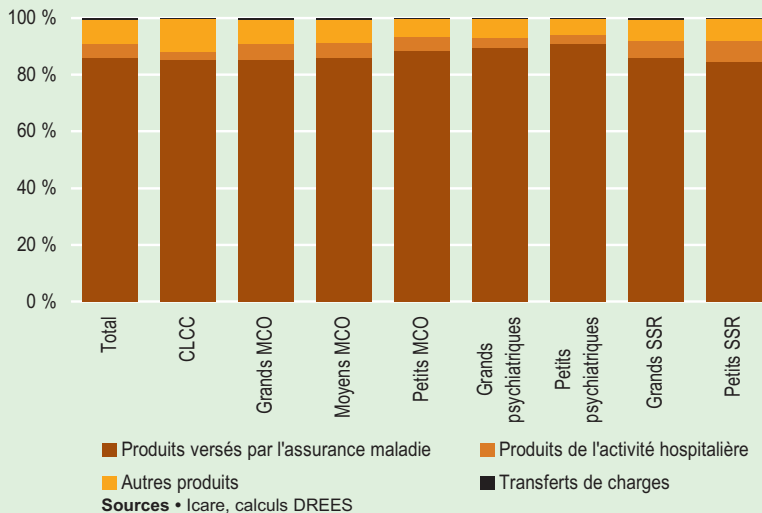
### Produits totaux des établissements privés ex DG

	Nombre d'établissements en 2005	Produits totaux moyens	
		en 2005 (en millions d'euros)	taux de croissance entre 2004 et 2005 (en %)
Total	549	14,0	4,1
CLCC	20	68,2	6,1
Autres établissements pratiquant le MCO	143	27,0	4,3
dont			
grands MCO	33	73,1	
moyens MCO	52	21,3	
petits MCO	58	5,8	
Établissements psychiatriques	142	7,7	1,5
dont			
grands psychiatriques	33	28,4	
petits psychiatriques	109	1,5	
Établissements de SSR	244	5,7	3,6
dont			
grands SSR	78	11,5	
petits SSR	166	2,9	

Sources • Icare, calculs DREES

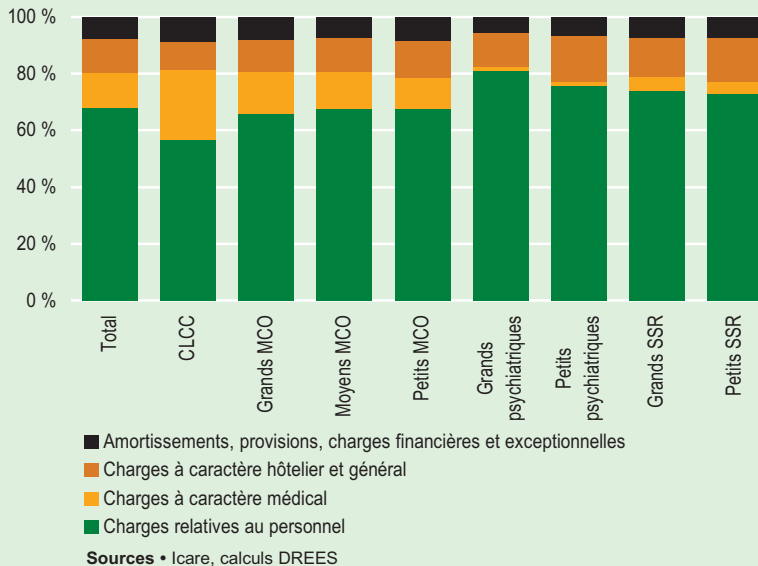
■ GRAPHIQUE 1

### Répartition en 2005 des produits par groupe fonctionnel



■ GRAPHIQUE 2

### Répartition en 2005 des charges par groupes fonctionnels



descend jusqu'à 57 % pour les CLCC.

« Les charges à caractère médical » (groupe 2) sont particulièrement élevées au sein des CLCC (25 %), en raison du coût des médicaments pour les traitements du cancer. Elles sont comprises entre 11 et 15 % pour les autres établissements MCO et sont inférieures à 5 % au sein des établissements non concernés par la T2A (SSR et psychiatrie).

Les « charges à caractère hôtelier et général » (groupe 3) représentent 12 % des charges des établissements privés ex DG, variant entre 10 % pour les CLCC et 16 % pour les petits établissements de SSR et de psychiatrie.

Les « amortissements, provisions, charges financières et exceptionnelles » (groupe 4) représentent moins de 8 % des charges des établissements privés ex DG en 2005. Ils sont compris entre 5 % pour les grands établissements de psychiatrie et 9 % pour les CLCC.

Entre 2004 et 2005, la part des « charges relatives au personnel » a diminué de près d'un point dans le total des charges des établissements privés ex DG. En compensation, les trois autres groupes fonctionnels de charges augmentent leur part de manière assez uniforme entre 2004 et 2005. Cette diminution de la part des « charges relatives au personnel » est essentiellement portée par les CLCC et les autres grands établissements MCO.

### Le secteur privé ex DG est légèrement déficitaire en 2004 et 2005

En 2004 comme en 2005, le total des produits des établissements privés ex DG est légèrement inférieur à celui des charges, leur résultat net comptable est donc en moyenne négatif. Le déficit total des établissements privés ex DG s'élève ainsi en 2005 à 35 millions d'euros. Rapporté aux produits totaux, le résultat net comptable est relativement stable sur la période et légèrement inférieur à -0,4 % (tableau 2). Ce ratio de rentabilité économique<sup>10</sup> ne peut pas être analysé comme un indicateur de performance écono-

10. Le ratio de rentabilité économique correspond généralement au rapport entre le résultat net comptable et le compte 70 (produits). Pour les établissements privés ex DG, l'ensemble des comptes de classe 7 ont été retenus au dénominateur car les informations relatives au compte 70 étaient trop parcellaires. Ceci a tendance à minimiser quelque peu le ratio puisque le dénominateur est plus élevé. En moyenne, le compte 70 représentait plus de 90 % des produits des hôpitaux publics.

mique dans une logique d'allocation budgétaire. En revanche, son analyse dans le cadre d'un financement par dotation globale permet de comparer la répartition du budget et les charges des établissements privés ex DG. Un ratio de rentabilité économique presque nul sur deux années en moyenne indique que le montant total destiné au financement de ce secteur semble juste suffisant au regard de ses charges.

Quelle que soit la catégorie, la rentabilité économique des établissements privés ex DG apparaît relativement homogène autour de l'équilibre en 2004 (tableau 2). Les petits établissements psychiatriques et les grands établissements de SSR enregistraient le ratio le plus faible (-0,7 %) et les petits établissements MCO le plus élevé (1,1 %). Cette homogénéité caractérise moins l'année 2005 : les petits établissements MCO demeurent ceux dont le ratio est le plus élevé (2,8 %), avec une nette progression de celui-ci alors que ce sont les moyens établissements MCO qui enregistrent le déficit le plus élevé, correspondant à 1,4 % de leurs produits totaux.

Comme pour les hôpitaux publics, le résultat net du secteur privé ex DG est relativement faible par rapport à ses produits et son ratio de rentabilité économique est donc proche de 0. Par contre, ce ratio est positif pour les hôpitaux publics puisqu'il s'établit à 0,3 % en 2005. Cette comparaison doit être faite avec précaution car les hôpitaux publics ont pour certains effectué des reports de charges<sup>11</sup>. Ils sont difficiles à identifier car ils peuvent être inclus dans divers comptes. Ces reports de charges biaisent pour partie l'analyse de la situation économique des hôpitaux publics.

Une comparaison avec la rentabilité économique des cliniques privées n'apparaît pas pertinente en 2005 étant donné que ce ratio ne peut être analysé comme un indicateur de performance économique pour les établissements ex DG.

### Un établissement sur deux déficitaire en 2004 et 2005

Les évolutions entre 2004 et 2005 apparaissent ainsi différenciées, et

■ TABLEAU 2

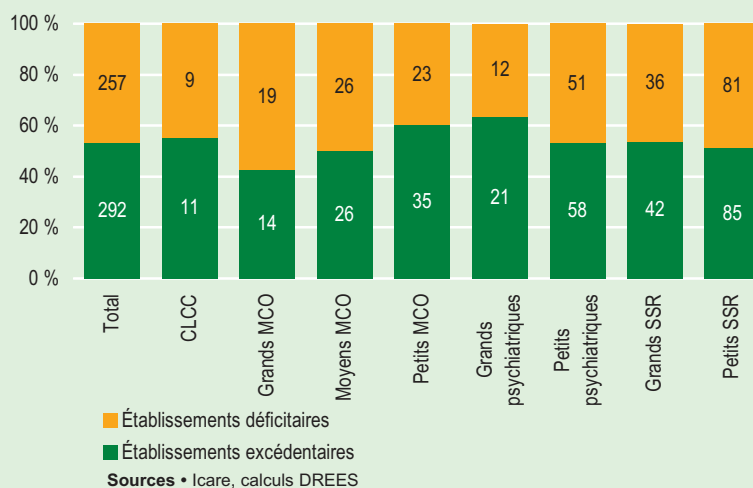
## Rentabilité économique des établissements privés ex DG

	Niveaux (en %)		Taux de croissance entre 2004 et 2005 (en nombre de points)
	2005	2004	
Total	-0,5	-0,4	-0,04
CLCC	-0,3	-0,2	-0,12
Autres établissements pratiquant le MCO	-0,9	-0,4	-0,44
dont grands MCO	-1,1	-0,6	-0,51
dont moyens MCO	-1,4	-0,5	-0,87
dont petits MCO	2,8	1,1	1,64
Établissements psychiatriques	0,6	-0,3	0,92
dont grands psychiatriques	0,7	-0,3	0,95
dont petits psychiatriques	0,1	-0,7	0,76
Établissements de SSR	-0,2	-0,6	0,37
dont grands SSR	-0,2	-0,7	0,51
dont petits SSR	-0,2	0,3	0,12

Sources • Icare, calculs DREES

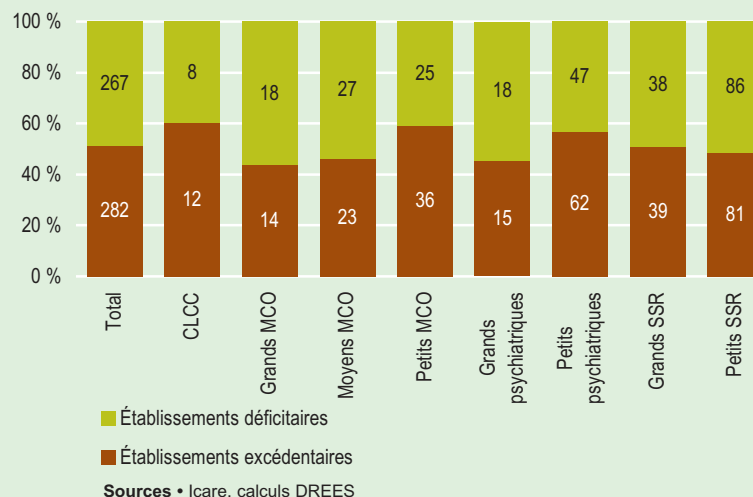
■ GRAPHIQUE 3

## Répartition en 2005 entre établissements excédentaires et déficitaires



■ GRAPHIQUE 4

## Répartition en 2004 entre établissements excédentaires et déficitaires



11. Les reports de charges sont des dépenses afférentes à l'exercice en cours mais qui sont réglées à partir de produits générés par l'exercice suivant. Dans le rapport d'information sur la dette sociale de Vasselle A., Cazeau B. (séance du 10 mai 2006), la Mission d'évaluation et de contrôle de la sécurité sociale (MECSS) de la Commission des Affaires Sociales du Sénat estimait ces reports de charges en 2005 à environ 500 millions d'euros. L'application du principe de sincérité rappelé dans le nouveau cadre budgétaire (État prévisionnel des recettes et dépenses - EPRD) mis en œuvre à partir de 2006 devrait permettre de faire ressortir ces reports de charges au sein des données comptables hospitalières.

plus particulièrement selon que l'activité principale de la catégorie d'établissements est l'activité MCO ou ne l'est pas.

Un établissement sur deux est déficitaire en 2004 comme en 2005 pour le secteur privé ex DG contre un hôpital public sur trois (graphiques 3 et 4). Sur les 257 établissements privés ex DG déficitaires en 2005, 147 l'étaient déjà en 2004.

En 2004 comme en 2005, les plus grands établissements MCO sont plus souvent déficitaires (plus d'un CLCC ou grand établissement MCO sur 2) que les petits établissements MCO.

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.

Il apparaît par ailleurs que les établissements privés ex DG déficitaires ont des charges de personnel plus élevées relativement à leur taille par rapport aux établissements excédentaires (68,5 % des charges sont des charges de personnel dans les établissements déficitaires contre 67,3 % dans les établissements excédentaires). Cette différence entre établissements se vérifie également à

catégorie d'établissement donné. Les différences sont particulièrement élevées pour les CLCC (3,7 points de différence), les grands établissements MCO (3,9 points de différence) ainsi que les petits établissements MCO (5,1 points de différence).

### Les financements directement liés à l'activité représentent 12 % des produits versés par l'assurance maladie obligatoire

Les « produits versés par l'assurance maladie » (groupe 1 des produits) peuvent être décomposés en plusieurs enveloppes (encadré 4) :

- une partie concernée par la mise en place de la T2A (58 %), divisée en deux enveloppes :
  - les dépenses d'assurance maladie relatives aux prestations de soins MCO (52 %)
  - les missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation, MIGAC, (6 %)
- une partie relative aux activités non MCO, qui ne sont pas concernées par la T2A (42 %).

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.

La part des financements liés directement à l'activité apparaît relativement homogène pour les catégories d'établissements concernés par

la T2A, comprise entre 17 % et 19 % pour les CLCC et les trois autres catégories d'établissements MCO.

Étant donné que les établissements privés ex DG n'ont pas tous une activité MCO et que la T2A est mise en œuvre progressivement, les financements directement liés à l'activité (encadré 4) forment 12 % des produits versés par l'assurance maladie aux établissements privés ex DG<sup>12</sup> (graphique 5).

Les médicaments et dispositifs médicaux facturés en sus des séjours forment 4 % des produits du groupe 1. Ils sont beaucoup plus élevés dans les CLCC (12 %). En effet, la liste des molécules hors GHS (molécules onéreuses<sup>13</sup>) comporte de nombreux médicaments anticancéreux. D'après un recueil d'informations réalisé par la DREES sur les médicaments dans les établissements, 70 % des dépenses de médicaments des CLCC sont des molécules onéreuses.

Les CLCC sont également la catégorie d'établissements pour laquelle les MIGAC occupent la place la plus élevée (18 % du groupe 1 contre 6 % en moyenne). Les CLCC sont avec les centres hospitaliers universitaires (CHU) les établissements de santé dont la mission de recherche médicale et innovation est la plus soutenue. La coordination des soins en cancérologie, formalisée dans les centres de coordination du cancer, ainsi que les soins palliatifs, au travers en particulier d'équipes mobiles, occupent ensuite une place importante au sein des MIG assurées par les CLCC.

La DAF représente plus de 40 % du groupe 1. Elle finance intégralement ou presque les établissements de SSR et de psychiatrie et occupe également une place importante au sein des petits établissements MCO.

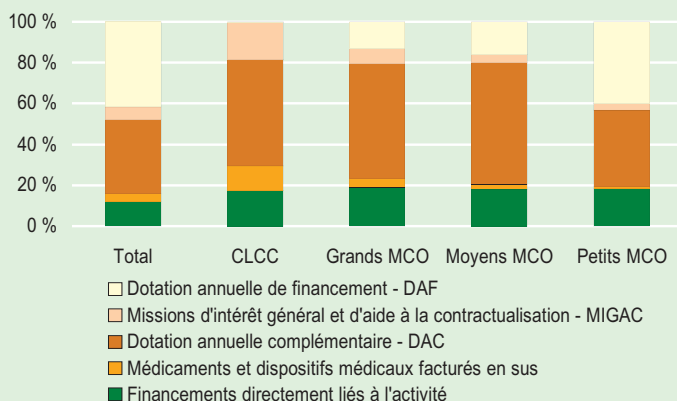
Le secteur privé ex DG reste ainsi financé en 2005 sous forme de dotations pour près de 85 % des produits versés par l'assurance maladie obligatoire. Par catégorie, ce pourcentage n'est jamais inférieur à 70 %. La situation économique et financière du secteur privé ex DG en 2004 comme en 2005 doit ainsi être analysée plus en lien avec le principe des dotations qu'interprétée en termes d'impact de la T2A.

12. Le secteur public hospitalier ayant une activité MCO plus importante relativement à sa taille que le secteur privé ex DG, les financements directement liés à l'activité sont plus élevés (15,5 % des produits versés par l'assurance maladie obligatoire).

13. Les molécules onéreuses sont des spécialités pharmaceutiques qui font l'objet d'un remboursement par les organismes d'assurance maladie en sus du financement de l'activité. La liste des molécules onéreuses est fixée et revue régulièrement par l'État.

GRAPHIQUE 5

### Répartition en 2005 du groupe 1 des produits



Note : Le détail du groupe 1 n'est pas illustré pour les établissements non concernés par la T2A parce qu'il est presque uniquement composé de DAF.

Sources : Icare, calculs DREES

## La répartition des produits versés par l'assurance maladie aux établissements privés ex DG

À partir de 2005, la prise en compte au sein de la nomenclature comptable hospitalière M21 bis de la T2A permet d'étudier la répartition des produits des établissements privés ex DG en différentes enveloppes : activités MCO, MIGAC, activités hors MCO. Cette analyse cible les versements de l'assurance maladie obligatoire, c'est-à-dire qu'elle ne prend notamment 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 99,5 % du compte 70621 (produits de l'hospitalisation versés par l'assurance maladie).

Les MIGAC composent le compte 706218. L'enveloppe hors MCO est constituée du compte 706217 (Dotation annuelle de financement – DAF).

L'enveloppe MCO propose 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 ;
- 706551 Interruption volontaire de grossesse : part 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 706551) ou encore celle conservée pour l'activité MCO par les paiements sous forme de dotation (somme des comptes 706214 à 706216).

## Pour en savoir plus

- Dumontaux N., Villeret S., 2007, « La structure des charges et des produits des hôpitaux publics de 2002 à 2005 », *Études et Résultats*, DREES, n° 601, septembre
- Le Rhun B., Legendre MC., 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
- Dumontaux N., Le Rhun B., Legendre MC., 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 MC., 2007, « Les comptes d'exploitation des établissements participant au service public hospitalier (PSPH) entre 2001 et 2004 », *Études et Résultats*, DREES, n° 553, février
- Podevin M., Villeret S., 2007, « Les investissements des établissements de santé de 1994 à 2004 », *Études et résultats*, DREES, n° 547, janvier
- 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
- Clerc M.E., Haury B., avec la collaboration de Vernois J., 2007, « Les médicaments dans les établissements de santé en 2005 », *Études et Résultats*, DREES, n° 563, mars
- 2007, « Rapport 2007 au Parlement sur les missions d'intérêt général et l'aide à la contractualisation des établissements de santé », Ministère de la santé, de la jeunesse et des sports.