



Études et Résultats

N° 684 • mars 2009

En 2006, les hôpitaux publics en déficit

Entre 2005 et 2006, la situation financière des hôpitaux publics s'est détériorée. Contrairement à 2005 où le montant des produits était supérieur à celui des charges (avec un excédent de 200 millions d'euros), l'année 2006 est marquée par un déficit de 200 millions d'euros. Ce montant représente 0,4 % des produits. Les charges du secteur public hospitalier ont augmenté plus rapidement que les produits totaux (+2,9 % contre +2,2%).

Les centres hospitaliers régionaux (CHR), hors AP-HP, et les centres hospitaliers (CH) grands et moyens ont vu leur situation économique se dégrader. Le nombre de ces établissements en déficit a augmenté nettement : 23 CHR sur 30 le sont en 2006 alors qu'en 2005, ils étaient 16 dans cette situation. Quant aux CH grands et moyens, un peu plus de la moitié est en déficit en 2006 alors qu'en 2005 cette proportion était d'un tiers. En revanche, les centres hospitaliers de petite taille, les hôpitaux locaux (HL) et les centres hospitaliers spécialisés (CHS) sont restés globalement excédentaires en 2006.

Compte tenu de la montée en charge de la tarification à l'activité (T2A), les financements directement liés à l'activité progressent de 41 %. En 2006, ils représentent 21 % des produits versés aux hôpitaux publics par l'assurance maladie obligatoire.

Engin YILMAZ

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

EN 2006, la réforme du financement au sein des établissements publics de santé continue à se mettre en place progressivement. S'appliquant pour le moment aux seules activités de court séjour (médecine, chirurgie et obstétrique – MCO), ce système repose à la fois sur une tarification à l'activité et sur une dotation pour les missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation (MIGAC)¹. Sur le premier volet, la mise en place a été progressive : la part de financement liée à la tarification à l'activité (T2A) passe de 25 % à 35 % entre 2005 et 2006. Cette part s'élève à 50 % en 2007. La partie d'activité restant financée sous la forme de dotation est nommée dotation annuelle complémentaire (DAC). En 2008, la DAC a été supprimée. Les tarifs nationaux sont applicables à 100 % et sont modulés par un coefficient de transition spécifique à chaque établissement. Ce coefficient va converger vers 1 d'ici 2012. Quant à la dotation nationale de financement des MIGAC, elle est répartie entre les régions. Les crédits sont ensuite attribués par les agences régionales d'hospitalisation (ARH) aux établissements.

Les autres activités (psychiatrie et soins de suite et réadaptation) restent financées pour le moment sous forme de dotation annuelle.

Il est donc intéressant de suivre en parallèle de la mise en place de la réforme l'évolution de la situation économique et financière des hôpitaux publics. Cette étude fait suite à celle réalisée en 2007 sur la structure des charges et des produits au sein des hôpitaux publics entre 2002 et 2005. Les données utilisées proviennent des comptes de résultat du secteur hospitalier public (encadré 1).

En 2006, le déficit des hôpitaux publics s'élève à près de 200 millions d'euros

Contrairement à 2005, la situation globale des hôpitaux publics est déficitaire en 2006. Ainsi, le déficit s'élève à près de 200 millions d'euros. Le total des charges du secteur hospitalier public est légèrement supérieur à celui des produits

ENCADRÉ 1

Champ de l'étude et sources de données

Les données utilisées proviennent des données comptables des hôpitaux publics. Elles sont fournies par la Direction générale des finances publiques (DGFiP) et sont issues des comptes de résultat et des bilans des entités juridiques des établissements de santé de statut public. Une entité juridique peut inclure un ou plusieurs établissements. L'analyse est par ailleurs essentiellement centrée sur leur budget principal. Le budget, défini comme un document comptable distinguant recettes et dépenses, est composé pour les hôpitaux publics d'un budget principal et de budgets annexes. Ces derniers décrivent les opérations ayant trait à l'exploitation de certains services dont il est nécessaire d'isoler l'activité ou qui font l'objet d'un financement spécifique, notamment les unités de soins de longue durée, les établissements hébergeant des personnes âgées (EPHAD), la dotation non affectée¹ (DNA).

La nomenclature comptable M21 utilisée au sein des établissements publics de santé a connu quelques modifications mineures entre 2005 et 2006. Ainsi, elle se compose d'un budget principal et de plusieurs budgets annexes.

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

Les groupes de produits sont :

- Groupe 1 : produits versés par l'Assurance maladie ;
- Groupe 2 : autres produits de l'activité hospitalière ;
- Groupe 3 : autres produits (vente de produits fabriqués, production immobilisée, etc.).

Les groupes de charges sont :

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

Les produits utilisés lors cette analyse ne prennent pas en compte la rétrocession des médicaments. En effet, pour le groupe AP-HP, le montant des produits est toutefois surestimé, les flux internes entre établissements n'étant pas consolidés. Cette surestimation provient notamment de l'usage du compte 7071, en principe consacré aux rétrocessions des médicaments, mais par lequel peuvent aussi transiter des flux intragroupe². 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 données de la DGFiP ont ensuite été croisées avec la Statistique annuelle des établissements (SAE 2006) afin de ne conserver que des établissements de santé. Le nombre d'hôpitaux publics s'élève à 1 003 en 2006 contre 1 006 en 2005.

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

- 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 :
 - 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)³.

1. Cette dotation fait référence aux produits et charges relatifs au patrimoine, notamment foncier de l'hôpital public et non affecté à l'activité hospitalière.

2. La rétrocession des médicaments recouvre la délivrance, par une pharmacie hospitalière, de médicaments à des patients qui ne sont pas hospitalisés. En 2006, le compte 7071 (rétrocession de médicaments) représente 3 % des comptes 70 et 73 de l'ensemble des hôpitaux publics. L'AP-HP tire vers le haut ce pourcentage puisque le compte 7071 y représente 12 % des comptes 70 et 73. Hors AP-HP, ce pourcentage chute à 1,8 %. Cette part de la rétrocession pour l'AP-HP explique une partie de la surestimation des produits de l'AP-HP.

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

1. http://www.sante.gouv.fr/html/dossiers/migac/rapport_2008.pdf.

(58,2 milliards d'euros contre 58 milliards d'euros). En 2005, leur situation était légèrement excédentaire (200 millions d'euros).

L'analyse de la rentabilité économique moyenne² confirme une détérioration globale de la situation économique et financière des établissements publics de santé depuis le lancement de la réforme. Ainsi, entre 2005 et 2006, elle passe de 0,3 % à -0,4 %. En 2004, elle s'élevait à 1 % (tableau 1).

Dans le cadre d'un financement par dotation globale, encore majoritaire au sein du secteur hospitalier public en 2006, ce ratio ne peut être analysé directement comme un indicateur de performance économique dans une logique où les dotations budgétaires continuent d'occuper une place importante. En revanche, son analyse permet de comparer la répartition du budget et les charges des hôpitaux.

L'analyse met en évidence des situations très contrastées entre les différentes catégories d'établissements (encadré 1). Après une année 2005 marquée par une rentabilité négative, l'AP-HP connaît une situation excédentaire en 2006 : la rentabilité économique s'élève à 2,7 %. Pour autant, cette forte augmentation s'explique notamment par des opérations exceptionnelles liées à la reprise de provisions constituées au fil du temps et dont l'objet n'est plus justifié. Le montant de ces opérations s'élève à 88 millions d'euros³. Ainsi, après avoir soustrait ces opérations qui majorent le résultat net comptable, la rentabilité économique de l'AP-HP passerait de 2,7 % à 1,1 %. Parallèlement, le déficit global des hôpitaux publics augmenterait et s'élèverait à présent à 280 millions d'euros. La rentabilité économique diminuerait de 0,1 point : elle s'établirait à -0,5 % au lieu de -0,4 %.

Entre 2005 et 2006, la rentabilité économique moyenne des centres hospitaliers régionaux (hors AP-HP) continue de diminuer et chute de -0,2 % à -1,1 % : la supériorité des charges par rapport aux produits, déjà constatée en 2005, s'accroît. Les centres hospitaliers grands et moyens enregistrent aussi une baisse de leur rentabilité économique qui devient négative en 2006 : leurs charges sont devenues plus élevées que leurs produits.

Toutes les autres catégories d'établissements sont restées excédentaires en 2006. Ainsi, la rentabilité économique moyenne des petits CH et des HL est passée respectivement de 1,1 % à 0,8 % et de 2 % à 2,1 %. Pour les CHS, bien que la rentabilité reste positive en 2006, elle diminue pour passer de 1,2 % à 0,4 %.

Les trois quarts des CHR en déficit en 2006

En 2006, trois quarts des CHR sont déficitaires, soit 23 CHR sur les 30. Leur situation s'est dégradée par rapport à 2005 : la moitié des CHR était en déficit. Les centres hospitaliers grands et moyens sont dans la même situation. Plus de la moitié de ces établissements au sein de chaque groupe sont déficitaires en 2006, alors qu'en 2005 ils n'étaient qu'un tiers (graphique 1).

Les états prévisionnels des recettes et des dépenses (EPRD) ont été mis en place en 2006 (encadré 2). Ce dispositif accorde une place importante à la prévision d'activité et renforce l'autonomie des établissements de santé, l'objectif étant d'utiliser au mieux les ressources. Malgré ce nouvel outil, le nombre d'hôpitaux publics déficitaires a augmenté, passant de 339 à 379.

Contrairement aux CHR, le nombre d'établissements déficitaires au sein des HL et des CHS a diminué entre 2005 et 2006 passant respectivement de 100 à 88 et de 29 à 23.

Avec 58 milliards d'euros en 2006, les produits totaux ont augmenté de 2,2 % par rapport à 2005 en euros courants

En 2006, les produits totaux⁴ des hôpitaux publics s'élèvent à 58 mil-

2. La rentabilité économique des hôpitaux publics se définit comme le rapport entre le résultat net comptable (écart entre les produits et les charges) et les produits de l'activité définis par les comptes 70 et 73, hors compte 7071 (rétrocessions de médicaments), de la nomenclature M21.

3. Rapport d'activité 2006 de l'AP-HP (http://rapport-activite.aphp.fr/budget_2006.php).

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

TABLEAU 1

Rentabilité économique des hôpitaux publics

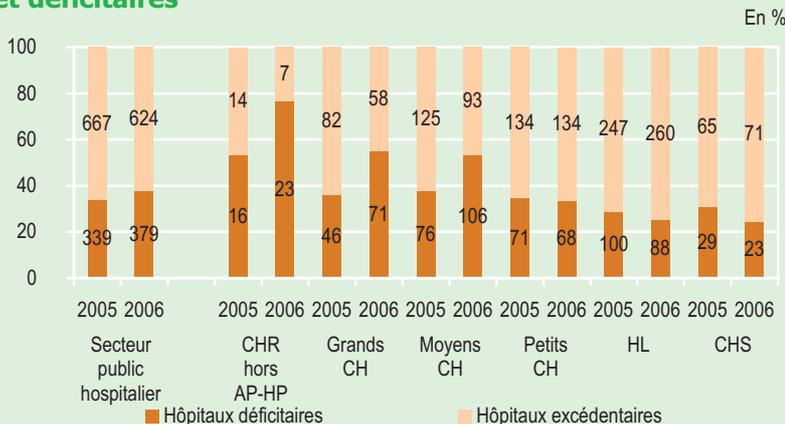
	2002	2003	2004	2005	2006
Ensemble hôpitaux publics	0,9	0,5	1,0	0,3	-0,4
AP-HP	0,8	-0,3	1,6	-1,1	2,7*
Autres CHR	0,5	-0,1	0,4	-0,2	-1,1
Grands CH	0,4	0,2	0,4	0,6	-1,3
Moyens CH	0,7	0,6	0,8	0,6	-0,9
Petits CH	2,2	1,6	2,0	1,1	0,8
HL	2,0	1,6	2,5	2,0	2,1
CHS	3,2	3,1	2,3	1,2	0,4*

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

Sources : DGFIP-SAE, calculs DREES.

GRAPHIQUE 1

Répartition en 2005 et 2006 entre hôpitaux excédentaires et déficitaires



Sources : DGFIP-SAE, calculs DREES.

liards d'euros, soit une progression de 2,2 % depuis 2005. Comme en 2005, les produits 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 un peu plus de 36 % des produits ; les 348 hôpitaux locaux (HL), soit un tiers des entités juridiques du secteur, reçoivent, quant à eux, près de 5 % de ces produits, comme en 2005. L'hétérogénéité des tailles des hôpitaux d'une catégorie à une autre ainsi que les différences d'activités et de missions⁵ entre les catégories sont des éléments qui peuvent expliquer cette forte concentration des produits au sein du secteur hospitalier. En particulier, un peu plus d'un quart de la capacité en nombre de lits du secteur hospitalier public et un cinquième des places se trouvent dans les CHR. Ainsi, le MCO constitue la majeure partie de leur activité (tableau 2). Au contraire, les HL disposent de 7 % des lits

mais de 5 % des produits étant donné qu'ils mobilisent une part importante de leur capacité d'accueil pour les soins de longue durée.

La structure du budget est restée assez stable par rapport à 2005. Le budget principal représente près de 88 % du budget total du secteur hospitalier en 2006, soit un peu plus de 51 milliards d'euros, et les budgets annexes 12,3 %, soit 7 milliards d'euros. Toutefois, le montant du budget principal a augmenté à un rythme modéré entre 2005 et 2006 (+3 %).

Comme en 2005, la part du budget principal est supérieure à 80 % pour les différentes catégories d'établissement sauf pour les petits CH (63,2 %) et pour les HL (41%). Les budgets annexes représentent ainsi 59 % du budget des HL en termes de produits. Cela renvoie de nouveau aux différences d'activités : de nombreux HL et quelques petits CH ont une activité orientée vers les soins de longue durée (tableau 2), comptabilisés en budgets annexes.

Les produits des organismes complémentaires ont augmenté de 20 % en 2006

Avec près de 43 milliards d'euros, les produits versés par l'Assurance maladie (groupe 1) représentent l'essentiel des produits du budget principal de toutes les catégories, hormis les hôpitaux locaux. Ils forment en moyenne 82,3 % des produits, et varient entre 73,4 % des produits pour les petits CH et 88,9 % des produits pour les CHS (graphique 2). Ces produits ont augmenté de 2,5 % en 2006 par rapport à 2005 (tableau 3).

Les produits de l'activité hospitalière forment 7,5 % des produits du budget principal en 2006 contre 6,4 % en 2005. Ces produits retracent principalement la participation des assurances complémentaires et des patients aux soins hospitaliers. Cette part est comprise entre 4,2 % pour les CHS et 9,1 % pour l'AP-HP. Entre 2005 et 2006, ces produits ont augmenté de 20 %. Cette progression de la part des organismes complémentaires s'explique notamment par

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

ENCADRÉ 2

Mise en place de l'EPRD

L'année 2006 a été marquée par une réforme budgétaire et comptable qui a principalement visé la création et la mise en place de l'état prévisionnel des recettes et des dépenses (EPRD) dans les établissements de santé publics et ceux participant au service public hospitalier (PSPH). Ce nouvel outil de pilotage budgétaire découle de la réforme du financement des établissements de santé (la tarification à l'activité, T2A) mise en place en 2004.

L'EPRD renverse la logique budgétaire antérieure (financement par dotation globale). En effet, avant la mise en place de la T2A, le budget d'un établissement était construit à partir d'une progression des dépenses, encadrée par

les autorités de tutelle. La mise en place de la T2A a rendu caduque cette logique puisque, désormais assises directement sur l'activité, les recettes ne peuvent plus être déterminées à partir des dépenses autorisées. Les ressources de l'établissement sont donc calculées à partir d'une estimation de l'activité et des recettes, rendue possible grâce à l'EPRD. Ce nouveau cadre budgétaire accorde une importance accrue à la prévision et renforce l'autonomie des établissements de santé, l'objectif étant d'utiliser au mieux les ressources. La logique de l'EPRD, qui implique que les recettes conditionnent les dépenses, succède à une logique de moyens issue du financement par dotation globale.

TABLEAU 2

Répartition des hôpitaux par catégorie et par capacité hospitalière en 2006

	Nombre d'hôpitaux	Nombre de lits (en %)					Nombre total de lits	Nombre de places (en %)				Nombre total de places
		MCO	Psychiatrie	Moyen séjour	Soins de longue durée	Total		MCO	Psychiatrie	Moyen séjour	Total	
Ensemble hôpitaux publics	1 003	52	14	13	21	100	291 032	29	67	5	100	32 626
AP-HP	1	59	3	20	18	100	22 126	87	3	10	100	1 361
CHR	30	74	5	8	12	100	57 852	62	32	6	100	5 160
Grands CH	129	65	8	10	18	100	87 685	44	51	5	100	7 974
Moyens CH	199	57	5	14	23	100	55 365	39	51	9	100	3 292
Petits CH	202	24	0	34	42	100	17 306	38	11	51	100	370
HL	348	15	0	29	56	100	21 484	13	21	66	100	56
CHS	94	1	91	1	7	100	29 214	0	100	0	100	14 413

Sources • DGFIP-SAE, calculs DREES.

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

7. Définition du groupe homogène de séjours (GHS) : chaque séjour de patient est résumé dans un groupe homogène de malade (GHM) en fonction de critères précis (durée de séjour, diagnostics principaux, actes pratiqués et diagnostics associés). À chaque GHM correspond un GHS. Le tarif de chaque GHS est déterminé par le ministère de la Santé.

8. « Les comptes nationaux de la santé 2007 », document de travail DREES, n° 126, septembre 2008.

9. 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 ambulatoires (notamment les pharmaciens).

10. Ce chiffre est en concordance avec celui obtenu à partir des comptes de la santé de 2006 (92%).

la hausse du forfait journalier à l'hôpital (+1 euro au 1^{er} janvier de chaque année), ainsi que par les hausses des tarifs journaliers de prestations (TJP) dans les hôpitaux publics⁶. Ces tarifs servent de base au calcul des tickets modérateurs, qui sont en grande partie pris en charge par les organismes complémentaires. Ils sont sans rapport avec ceux des groupes homogènes de séjours⁷ (GHS) et peuvent donc être modulés par les établissements, avec l'autorisation des agences régionales de l'hospitalisation (ARH). Pendant plusieurs années, ces tarifs n'avaient pas été révisés régulièrement. Les hôpitaux publics ont réévalué les TJP pour tenir compte des coûts réels de séjour, et donc les tickets modérateurs.

Ces résultats confirment l'analyse des comptes de la santé : la part des organismes complémentaires dans le financement des soins hospitaliers est en constante progression depuis 2005, et atteint 5,2 % en 2007⁸. Elle était de 4,5 % en 2005 et de 4,8 % en 2006.

La prédominance du groupe 1 (produits versés par l'Assurance maladie) par rapport au groupe 2 (produits de l'activité hospitalière retraçant principalement la participation des assurances complémentaires et des patients aux soins hospitaliers) rappelle que, parmi tous les soins et biens médicaux⁹, c'est pour le secteur hospitalier que la part de la sécurité sociale dans le financement des dépenses est la plus élevée. Ainsi, la part de l'Assurance maladie dans le financement des soins hospitaliers, c'est-à-dire en se limitant aux deux premiers groupes, représente 92 %¹⁰.

Les autres produits (groupe 3) représentent 10 % des produits du budget principal de l'ensemble du secteur hospitalier. Ils comprennent notamment les recettes subsidiaires relatives à l'exploitation (vente de produits fabriqués, production immobilisée, ...), les produits financiers et les produits exceptionnels. Les HL se distinguent des autres catégories avec 40 % des produits provenant de ce groupe. Contrairement aux deux premiers groupes, le montant de ces produits a diminué de 2,8 % entre 2005 et 2006.

Les charges des hôpitaux publics ont augmenté plus vite que les produits en 2006

Les charges du secteur hospitalier ont été estimées en 2006 à 58,2 milliards d'euros, dont 88 % comptabilisées en budget principal. Les charges ont progressé légèrement plus rapidement entre 2005 et 2006 que les produits (2,9 % contre 2,2 %).

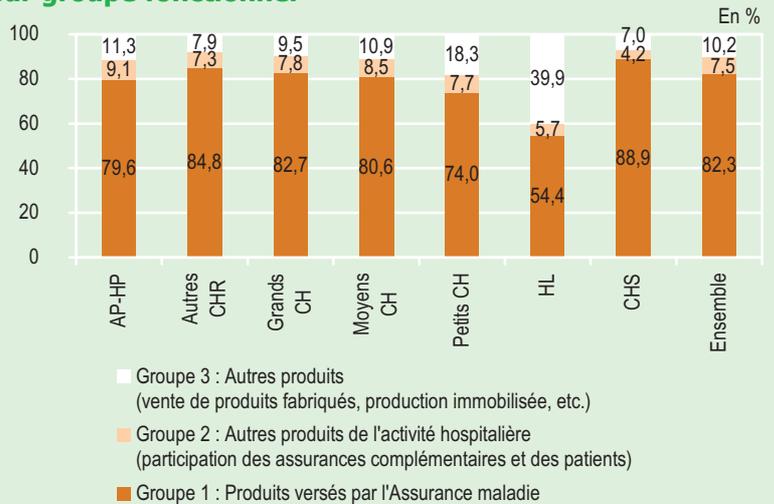
En termes de groupes de charges, les charges relatives au personnel (groupe 1) restent prépondérantes pour toutes les catégories d'établissement. Comme en 2005, elles représentent 68 % des charges du secteur en 2006 et s'élèvent à 80 % des charges pour les CHS (graphique 3). Par ailleurs, le montant afférent à ces charges

a augmenté de 4 % en euros courants entre 2005 et 2006 (tableau 4).

La part des charges à caractère médical (groupe 2) et des charges à caractère hôtelier et général (groupe 3) varie entre les catégories. 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 (23 % des charges du budget principal) que dans les autres établissements. Ces données illustrent le fait que les CHR réalisent les soins les plus techniques alors que les HL ont principalement une fonction d'accueil et de soins pour les personnes âgées.

GRAPHIQUE 2

Répartition des produits du budget principal par groupe fonctionnel



Sources • DGFIP-SAE, calculs DREES.

TABLEAU 3

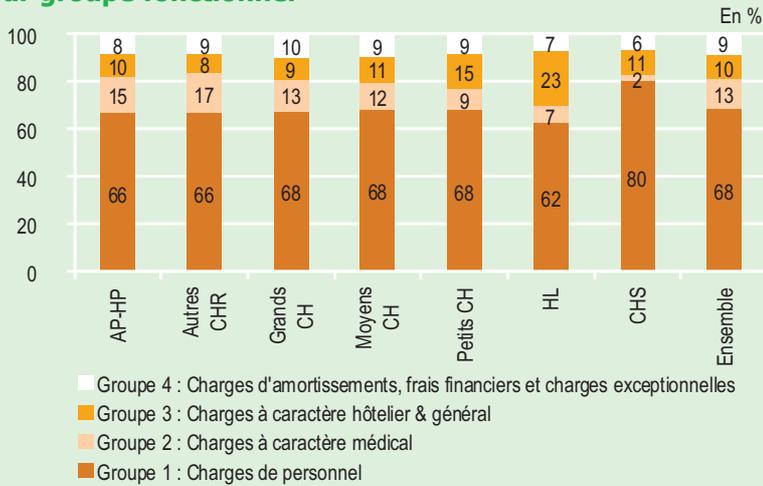
Évolution des produits du budget principal versés par l'Assurance maladie entre 2005 et 2006

	2005 (en M €)	2006 (en M €)	Évolution 2005/2006 (en %)
AP-HP	4 502	4 619	+ 2,6
Autres CHR	11 974	12 257	+ 2,4
CH	20 127	20 632	+ 2,5
<i>Grands CH</i>	12 608	12 979	+ 2,9
<i>Moyens CH</i>	6 202	6 309	+ 1,7
<i>Petits CH</i>	1 316	1 344	+ 2,1
Hôpitaux locaux	599	629	+ 5,0
CHS	4 406	4 492	+ 2,0
Ensemble	41 607	42 628	+ 2,5

Sources • DGFIP-SAE, calculs DREES.

GRAPHIQUE 3

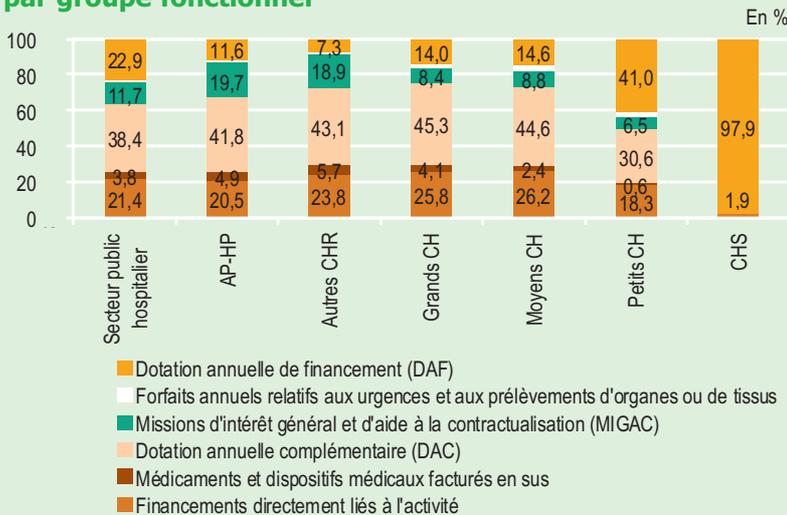
Répartition des charges du budget principal par groupe fonctionnel



Sources • DGFIP-SAE, calculs DREES.

GRAPHIQUE 4

Répartition des produits du budget principal par groupe fonctionnel



Sources • DGFIP-SAE, calculs DREES.

TABLEAU 4

Évolution des charges de personnel dans le budget principal entre 2005 et 2006

	2005 (en M €)	2006 (en M €)	Évolution 2005/2006 (en %)
AP-HP	3 710	3 782	+ 1,9
Autres CHR	9 369	9 731	+ 3,9
CH	16 582	17 397	+ 4,9
Grands CH	10 177	10 758	+ 5,7
Moyens CH	5 180	5 398	+ 4,2
Petits CH	1 225	1 240	+ 1,2
Hôpitaux locaux	686	712	+ 3,8
CHS	3 949	4 041	+ 2,3
Ensemble	34 296	35 663	+ 4,0

Sources • DGFIP-SAE, calculs DREES.

Les financements liés à l'activité représentent 21,4 % des produits versés par l'assurance maladie obligatoire

En 2006, les produits directement liés à l'activité augmentent de 41 %. Cette augmentation est en lien avec la montée en charge progressive de la tarification à l'activité. Ainsi, le taux réglementaire de la T2A passe de 25% à 35%. Par ailleurs, ces financements représentent 21,4 % du groupe 1 des produits du budget principal (graphique 4), soit 9,1 milliards d'euros. Cette part de financement est plus importante au sein des CHR et des CH grands et moyens, respectivement de 23,8 %, 25,8 % et 26,2%.

Les séjours MCO étant tarifés partiellement à l'activité, une dotation annuelle complémentaire (DAC) a été instaurée. Son montant diminue de 16 % entre 2005 et 2006. La part de la DAC au sein du groupe 1 est passée de 47 % à 38 %¹¹ au cours de cette période, soit 16,4 milliards.

Le financement des missions d'intérêt général et d'aides à la contractualisation (MIGAC), indépendantes de l'activité et instituées simultanément à la mise en œuvre de la T2A, a augmenté de 14 % pour atteindre près de 5 milliards d'euros. Le poids des MIGAC est plus élevé au sein de l'AP-HP et des autres CHR, avec près de 20 % du groupe 1. En effet, ces établissements assurent l'essentiel des missions d'enseignement et de recherche.

Enfin, la dotation annuelle de financement (DAF) a augmenté de 5 % en 2006 et s'élève à 9,7 milliards d'euros pour le secteur hospitalier public. Cette dotation finance essentiellement et dans leur intégralité les activités de moyen séjour (soins de suite et de réadaptations – SSR), de psychiatrie ainsi que la plupart des longs séjours financés par la Sécurité sociale.

11. Le taux réglementaire de 35 % fixant la part de l'activité financée directement par l'activité est retrouvé à partir du rapport entre les financements directement liés à l'activité (21,4 %) et la somme de la DAC et des financements directement liés à l'activité (38,4 % + 21,4 % soit 59,8 %).