

## BILAN DE LA PREMIÈRE ANNÉE DE MISE EN PLACE DE LA RÉFORME BUDGÉTAIRE ET COMPTABLE DES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ

Depuis 2006, les établissements de santé publics et privés antérieurement financés par dotation globale (DG) sont tenus de présenter un état prévisionnel des recettes et des dépenses (EPRD) qui se substitue au budget<sup>99</sup>. Cette procédure permet une plus grande transparence sur la situation financière des établissements puisqu'elle conduit à afficher d'éventuels déficits. En effet, l'ancien dispositif budgétaire reposait sur le principe d'équilibre annuel des budgets où les dotations de l'assurance maladie constituaient une demande de moyens devant couvrir les dépenses autorisées. Cette fiche présente les résultats financiers provisoires de l'année 2006 qui correspond à la première année de mise en œuvre des EPRD. Ces résultats sont issus du dernier suivi quadrimestriel pour les établissements privés et des comptes financiers de la Direction Générale de la Comptabilité Publique (DGCP) pour les établissements publics. Ils ne portent pas encore sur la totalité des établissements concernés (cf. encadré ci-dessous).

### Constat provisoire

les établissements soumettent les EPRD aux Agences Régionales de l'Hospitalisation (ARH) dans un délai de 30 jours suivant la notification des dotations régionales et forfaits annuels. Après l'approbation de l'EPRD par les ARH dans un délai de 30 jours<sup>100</sup>, les établissements transmettent à l'ARH trois états quadrimestriels de l'exécution de l'EPRD (en juin, octobre de l'année N et en mars de l'année N+1). Les résultats présentés sont issus du dernier suivi quadrimestriel 2006. Le constat sera définitif avec l'exploitation des comptes financiers en octobre 2007.

L'analyse présentée porte sur 1242 établissements sur les 1610 concernés (établissements publics et privés anciennement financés par dotation globale), soit 77% des établissements et 92% des financements alloués en 2006 par l'assurance maladie.

### Un résultat global moins déficitaire que celui prévu en début d'exercice

Le résultat global, i.e. le solde entre l'ensemble des excédents et l'ensemble des déficits des établissements, serait déficitaire de près de 400 M€ en considérant uniquement les comptes de résultat principal, comptes relatifs aux seules activités de soins hospitaliers (hors USLD). En prenant en compte tous les comptes de résultat annexes (correspondant aux budgets relatifs aux activités médico-sociales, aux instituts de formation, au patrimoine immobilier...) le déficit global se situerait aux alentours de 200 M€, soit 0,4% des recettes totales des établissements. Les plus values sur cessions contribuent notamment à améliorer les résultats comptables. Il convient de noter que ce dernier résultat est près de quatre fois plus faible que celui initialement estimé à plus de 800 ME en début d'exercice. En effet, lors de la fixation des EPRD, l'Etat n'avait pas délégué les crédits dans leur totalité, ce qui a rendu incertaines les prévisions de recettes des établissements et conduit à une surestimation des déficits.

<sup>99</sup> cf. le rapport de septembre 2006 (p.176) pour plus d'informations sur la mise en place de l'EPRD.

<sup>100</sup> Les établissements disposent de 15 jours supplémentaires pour présenter un nouvel EPRD en cas de refus par l'ARH.

## **Les gros établissements sont les plus déficitaires**

L'exploitation des EPRD révèle un résultat excédentaire pour 60% des établissements et déficitaire pour 40% des établissements. En termes de répartition géographique, 14 régions affichent un résultat déficitaire (dont 5 proche de l'équilibre) et 8 un résultat excédentaire. Par ailleurs, le déficit touche plus particulièrement les établissements pratiquant au moins une activité de médecine, chirurgie et obstétrique. Ces activités sont partiellement tarifées à l'activité (à hauteur de 35% en 2006) dans le cadre de la réforme de la tarification à l'activité (T2A), engagée depuis 2004, qui instaure des tarifs nationaux. Ce résultat traduit notamment le fait que le passage à la T2A crée des tensions financières pour les établissements qui étaient auparavant "surdotés" et dont les coûts de production sont plus élevés que la moyenne nationale. Le nouveau mode de financement doit inciter les établissements concernés à rapprocher leur productivité de la moyenne. Les catégories les plus fragiles financièrement sont les moyens et gros centres hospitaliers (dont le financement par l'assurance maladie est supérieur respectivement à 20 M€ et 70 M€) et les centres hospitaliers régionaux : elles représentent plus de 80% du déficit national pour 73% de la masse budgétaire nationale. Ces catégories réalisent également un prélèvement sur fonds de roulement (i.e. sur leurs ressources stables) supérieur à la moyenne nationale.

## **Le résultat traduit très vraisemblablement des reports de charges des exercices antérieurs**

Il convient de prendre en compte dans l'analyse de l'exercice 2006 les reports de charges qui correspondent à des charges non mandatées sur les exercices antérieurs. Le changement comptable intervenu avec l'EPRD a en effet obligé les établissements à régulariser l'enregistrement des charges qui n'avaient pas été mandatées les années précédentes. L'importance des charges exceptionnelles suggère qu'une partie importante du déficit serait due à une accumulation historique des reports de charge, ce qui conduirait à relativiser le résultat global déficitaire de l'exercice 2006 notamment pour les gros établissements dont les charges exceptionnelles sont particulièrement élevées. Ce constat sera à confirmer avec les résultats définitifs des comptes financiers. Aussi, les établissements déficitaires mais globalement gagnants à une augmentation de la fraction des activités tarifées à l'activité pourront retrouver un équilibre financier dans les années à venir.