

Chapitre III

L'information du Parlement

sur la situation financière des hôpitaux :

des progrès nécessaires

PRÉSENTATION

Les hôpitaux, ou établissements de santé, sont constitués de plus de 800 établissements publics, de 500 établissements privés d'intérêt collectif (Espic) à caractère non lucratif, et de 1 000 cliniques privées à but lucratif. Ils ont reçu 96,6 Md€ de financements de l'assurance-maladie en 2021, qui ont constitué la majeure partie de leurs recettes d'activité (80 % pour les hôpitaux publics). Les versements à ces établissements ont représenté 40 % des dépenses de l'assurance-maladie en 2021, ce qui en fait le deuxième poste de dépenses après les soins de ville.

Or, la situation financière des hôpitaux, en particulier publics, demeure dégradée. Elle ne s'est que peu améliorée depuis le début de la crise sanitaire malgré la forte augmentation des versements de l'assurance-maladie (15,7 Md€ de plus estimés en 2022 par rapport à 2019, soit + 19 %). Ceux-ci ont permis de sécuriser les recettes, de couvrir les surcoûts liés à l'épidémie de covid 19 (« surcoûts covid ») et de financer les augmentations de rémunérations du personnel liées aux accords du « Ségur de la santé ».

La loi organique du 14 mars 2022 relative aux lois de financement de la sécurité sociale a prévu dans ce contexte de renforcer l'information du Parlement, en créant une nouvelle annexe aux projets annuels de loi de financement de la sécurité sociale (LFSS), consacrée à la situation financière des établissements de santé. Une représentation précise de la situation financière des établissements de santé doit ainsi permettre au Parlement de disposer d'une meilleure compréhension des effets des lois de financement sur leurs recettes, leurs résultats, leurs investissements et leur endettement financier.

Pourtant, l'examen des éléments portés à la connaissance du Parlement dans le cadre du projet de LFSS pour 2023 n'apparaît pas d'une qualité suffisante. L'information fournie par le ministère chargé de la santé, issue de comptes arrêtés à une date tardive, donne des éléments parcellaires sur les déterminants en recettes et en dépenses de la formation des résultats, ainsi que sur l'incidence des investissements sur l'endettement.

Ce chapitre décrit les raisons pour lesquelles l'information communiquée au Parlement reste insuffisante (I), les voies et moyens pour améliorer les conditions de production de cette information (II) et les éléments plus complets et précis qui ont vocation à être communiqués au Parlement (III). Il ne constitue pas une analyse de la situation financière des hôpitaux, qui fera l'objet d'une publication particulière de la Cour dans les prochains mois.

Chiffres-clés sur les finances des hôpitaux publics en 2021¹⁰²

Les produits d'activité des hôpitaux publics qui relèvent de leur budget principal¹⁰³ ont atteint 72,1 Md€. Les recettes de médecine, chirurgie et obstétrique (MCO), tarifées en principe à l'activité (T2A), se sont élevées à 35,9 Md€, les dotations de financement au titre d'activités de soins à 16,5 Md€¹⁰⁴, les dotations de missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation (Migac)¹⁰⁵ attribuées par les agences régionales de santé (ARS) à 10,1 Md€, les actes et consultations externes et les recettes annexes¹⁰⁶ à celles de l'assurance maladie à 9,6 Md€. En outre, les ARS ont attribué 2,1 Md€ de dotations du fonds d'intervention régional (FIR).

Depuis 2013, les hôpitaux publics sont continûment déficitaires. Leur déficit global s'est réduit depuis 2020 et a atteint 368 M€ en 2021 sur leur budget principal (393 M€ en incluant leurs budgets annexes). Le taux de vétusté¹⁰⁷ des bâtiments et des équipements était de 52,9 %, en hausse de 4,7 points depuis 2018. L'encours de dette financière était stable à 31,2 Md€, soit 33,1 % des produits totaux, à mettre en regard d'une capacité d'autofinancement de 3,8 Md€. Les financements du « Ségur de la santé » au titre de la restauration des capacités financières des hôpitaux publics et des Espic, et des projets d'investissement hors numérique, qui bénéficient aussi, dans une mesure limitée, aux cliniques à but lucratif, s'élèvent à 15,5 Md€ au total (voir détail *infra*).

¹⁰² Éléments calculés par la Cour à partir des comptes enregistrés dans l'application informatique *Hélios* de la DGFIP.

¹⁰³ Hors budgets annexes : écoles d'infirmières, Ehpad rattachés, services mutualisés avec d'autres établissements (blanchisserie, restauration...), etc. Les produits d'activité du budget principal sont versés par les régimes d'assurance-maladie obligatoire, par les complémentaires santé et par les patients.

¹⁰⁴ Hôpitaux psychiatriques, soins de suite et de réadaptation, unités de soins de longue durée, forfaits annuels pour certaines activités spécifiques (greffes, urgences, qualité) et dotations aux hôpitaux de proximité.

¹⁰⁵ Les dotations « MIG » (4,5 Md€ en 2021) financent au premier euro des missions qui ne peuvent être financées à l'activité, telles que la recherche, l'enseignement ou la prévention. Les dotations « AC » (5,6 Md€ en 2021) ont pour principaux objets l'amélioration de l'offre, la restructuration des établissements, l'aide à l'investissement et en 2020 et 2021, la compensation de surcoûts et de la perte de recettes annexes imputables à l'épidémie de la covid-19.

¹⁰⁶ Ticket modérateur, forfait journalier hospitalier, prestations annexes aux patients.

¹⁰⁷ Rapport entre le montant amorti des immobilisations et leur valeur brute. Les taux de vétusté peuvent être calculés séparément pour les constructions et pour les équipements.

I - Une information du Parlement encore insuffisante

En dépit des dispositions de la loi organique du 14 mars 2022 relative aux lois de financement de la sécurité sociale, l'annexe 6 au PLFSS pour 2023 « *Situation financière des établissements de santé et des établissements médico-sociaux financés par les régimes obligatoires de base de la sécurité sociale* » ne répond que partiellement à l'exigence de transparence accrue sur la situation financière des établissements de santé.

A - Une information précédemment limitée, qui devait être améliorée

1 - Un rapport annuel sur le financement des établissements de santé qui ne permettait pas d'apprécier leur situation financière

En application de l'article 61 de la LFSS pour 2012, le Gouvernement devait présenter chaque année au Parlement, en vue de l'examen du PLFSS, « *un rapport sur les actions menées sur le champ du financement des établissements de santé incluant un bilan rétrospectif et présentant les évolutions envisagées* ».

Le dernier rapport, publié en 2021, présentait essentiellement les réformes appliquées depuis 2019 pour diversifier les modes de financement des hôpitaux¹⁰⁸, les financements exceptionnels accordés en lien avec la crise sanitaire¹⁰⁹ et ceux destinés à financer les revalorisations salariales du « Ségur de la santé », sans analyser les conditions de leur répartition entre les établissements.

S'agissant des dotations relatives aux missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation (Migac), qui sont passées, pour les hôpitaux publics de 5,6 Md€ en 2019 à 9,8 Md€ en 2020 puis à 9,2 Md€ en 2021, le rapport précité détaillait les montants délégués en 2020 pour chaque

¹⁰⁸ Introduction progressive d'une tarification à la qualité, mise en place de forfaits pour les pathologies chroniques, réforme des modalités de financement des hôpitaux de proximité, des activités de psychiatrie, des urgences, des activités de soins de suite et réadaptation (SSR) et des unités de soins de longue durée (USLD).

¹⁰⁹ Garantie de financement, compensation des surcoûts et de la perte de recettes annexes et prime « covid » versée à une grande partie du personnel.

mission d'intérêt général et la répartition des enveloppes par ARS. En revanche, il ne fournissait aucune information sur les dotations d'aide à la contractualisation, alors même qu'elles ont servi à compenser les surcoûts liés à l'épidémie de covid 19¹¹⁰.

L'analyse de la situation financière portait sur les comptes de 2019, avant la crise sanitaire, et ne comptait que trois pages sur trente-quatre. Seule était présentée une première estimation des résultats comptables des hôpitaux publics pour 2020, à l'exclusion de ceux des Espic et cliniques à but lucratif. Le rapport se bornait à comparer, pour les hôpitaux publics, selon leur taille et leur statut, les résultats des années 2018 et 2019, sans apporter d'éclairage sur les raisons de leurs évolutions. Ainsi, il n'analysait pas les recettes liées ou non à l'activité, ni les principales dépenses (personnel, achats et intérêts liés à l'endettement).

Des informations succinctes étaient communiquées sur l'investissement et sur la dette financière des hôpitaux publics. La variation de l'investissement par rapport à 2018 était mentionnée, mais pas son montant, ni son intensité¹¹¹. L'encours de la dette financière et son poids rapporté aux produits étaient communiqués de manière globale, sans examen des dynamiques propres aux établissements surendettés.

2 - Un rapport annuel sur la situation financière des hôpitaux publics resté lettre morte

L'article 26 de la loi du 22 janvier 2018 de programmation des finances publiques pour les années 2018 à 2022 disposait : « le Gouvernement remet chaque année au Parlement, au plus tard le 15 octobre, un rapport sur la situation financière des établissements publics de santé pour le dernier exercice clos. Ce rapport fait état de l'évolution des charges et des produits par titre, de l'endettement et des dépenses d'investissement ».

Ces rapports annuels, qui devaient permettre d'apprécier les conditions de l'équilibre financier et la dynamique de l'endettement d'une catégorie particulière d'administration publique, n'ont pas été publiés, comme ceux antérieurement prévus par la loi de programmation 2013-2017.

¹¹⁰ Pour les hôpitaux publics, les AC sont passées de 1,3 Md€ en 2019 à 5,6 Md€ en 2021.

¹¹¹ Rapport entre le montant des investissements et le montant des produits.

B - Une nouvelle annexe au PLFSS qui n'apporte pas, à ce jour, de progrès notables

1 - Un objectif d'amélioration de l'information du Parlement par une nouvelle annexe aux projets de loi de financement

La loi organique du 14 mars 2022 relative aux LFSS a créé une nouvelle annexe, jointe au PLFSS annuel, qui présente la situation financière des établissements de santé et médico-sociaux. Elle se substitue aux deux rapports précités pour éclairer le Parlement au moment de l'examen du PLFSS sur « *les actions menées dans le champ du financement de ces établissements et leur bilan, y compris les dotations dont ils bénéficient et leur répartition par région et par établissement* », « *l'évolution prévisionnelle de la dette de ces établissements* » et « *les éventuels engagements pris par l'État relatifs à l'évolution pluriannuelle des ressources de ces établissements* ».

Ce document a pour finalité principale de présenter les conséquences de l'évolution des financements de l'assurance maladie sur les déficits et sur l'endettement des hôpitaux¹¹². Il ressort des débats parlementaires que sa création a été envisagée comme une solution alternative à l'intégration de leur dette financière dans le champ des LFSS¹¹³, qui a été rejetée. Le Sénat souhaitait aussi, par ce moyen, « *obtenir un suivi des mesures de « reprise de dette hospitalière » présentée tantôt comme un soutien à la solvabilité, tantôt comme un levier d'investissement courant* »¹¹⁴. Il a d'ailleurs obtenu en complément, par l'article 6 de la LFSS pour 2022, un engagement du Gouvernement à produire un nouveau rapport annuel d'information sur l'utilisation et la répartition des montants financés par la caisse d'amortissement de la dette sociale (Cades) pour l'investissement et le désendettement des établissements de santé.

¹¹² La création de l'annexe répond, selon des modalités différentes, à la recommandation que la Cour avait formulée dans son rapport sur l'application des LFSS pour 2018, d'intégrer à l'annexe du PLFSS relative à l'objectif national de dépenses d'assurance maladie (Ondam), des indicateurs relatifs au résultat et à l'endettement constatés et prévisionnels.

¹¹³ Rapport de l'Assemblée nationale au nom de la commission spéciale, chargée notamment d'examiner les propositions de loi organique et de loi relatives aux LFSS, par M. Mesnier, rapporteur général, n° 4378 et 4379 du 15 juillet 2021.

¹¹⁴ Rapport du Sénat au nom de la commission des affaires sociales sur les propositions de loi organique et de loi relatives aux lois de financement de la sécurité sociale, par M. Vanlerenberghe, sénateur, n° 825 du 15 septembre 2021.

Le financement des hôpitaux par la Cades et par France Relance

La loi du 7 août 2020 relative à la dette sociale et à l'autonomie a élargi le périmètre des missions de la Cades à « *la couverture de dotations de la branche [maladie] couvrant une partie, qui ne peut excéder 13 milliards d'euros, des échéances des emprunts contractés au 31 décembre 2019 par les établissements de santé [publics et privés non lucratifs] relevant du service public hospitalier* ».

La LFSS pour 2021 a substitué à ces dispositions un objet plus large : « *un soutien exceptionnel, qui ne peut excéder 13 milliards d'euros, au titre du désendettement pour favoriser les investissements dans les établissements de santé assurant le service public hospitalier* ».

Une circulaire du Premier ministre du 10 mars 2021 a prévu que, entre 2021 et 2029, 6,5 Md€ seront consacrés à la restauration des capacités financières des hôpitaux publics et des Espic et 6,5 Md€ au financement de nouveaux projets d'investissements des hôpitaux publics et des Espic. Ces dépenses n'ont pas été intégrées à l'Ondam.

En outre, le plan France Relance a affecté 2,5 Md€ au financement des investissements des hôpitaux publics, des Espic et des cliniques entre 2021 et 2025, dont 1 Md€ pour les nouveaux projets et 1,5 Md€ pour les investissements courants. Ces dépenses, financées par l'Union européenne, sont intégrées à l'Ondam et doivent donner lieu à des modalités particulières de suivi visant à garantir qu'elles sont réalisées conformément à leur objet.

2 - Des données insuffisantes sur la formation des résultats

Sur un rapport porté de 34 à 61 pages, l'annexe 6 au PLFSS 2023 en consacre seulement six à la situation financière des hôpitaux, dont moins d'une pour les Espic et les cliniques à but lucratif.

L'annexe 6 se borne à mentionner le montant agrégé des résultats des hôpitaux publics (pour les années 2013 à 2020), la décomposition de ce montant par types d'établissements (Assistance publique-Hôpitaux de Paris, les autres centres hospitaliers universitaires et quatre catégories de centres hospitaliers en fonction du montant de leurs recettes) et le pourcentage d'hôpitaux déficitaires.

Ces indications portent uniquement sur le budget principal des hôpitaux publics. Une représentation de leurs résultats d'ensemble serait pourtant utile. Selon les éléments recueillis par la Cour, leurs comptes étaient déficitaires de 206 M€ en 2020 dans le périmètre de leurs budgets principaux, seuls présentés dans l'annexe. Ils étaient plus proches de l'équilibre dans celui de leurs budgets globaux intégrant également leurs budgets annexes (avec un déficit limité à 71 M€)¹¹⁵.

¹¹⁵ Pour 2021, le déficit des budgets globaux (393 M€) est en revanche voisin de celui des budgets principaux (368 M€).

L'annexe, en contradiction avec la loi organique qui prévoit qu'elle présente « *les dotations dont ils [les hôpitaux] bénéficient et leur répartition par région et par établissement* », ne fournit aucune information sur le montant des diverses dotations versées par l'assurance maladie ni sur les conditions de leur répartition entre les régions et les établissements.

Une information dans l'annexe communiquée au Parlement plus limitée que celle préparée par l'administration

Le projet initialement préparé par la DGOS incluait le détail par ARS des 32,9 Md€ de dotations allouées aux hôpitaux en 2021, dont 12,7 Md€ pour les Migac et 20,2 Md€ pour les dotations liées aux activités de soins. Il ne distinguait toutefois pas entre les hôpitaux publics, les Espic et les cliniques à but lucratif, ni ne mentionnait les dotations du FIR. Comme le précédent rapport sur le financement des établissements de santé, il indiquait les montants alloués au titre de chaque mission d'intérêt général (MIG), mais pas ceux des aides à la contractualisation (AC).

Les quelques éléments chiffrés ainsi préparés ont été retirés de la version finale de l'annexe. Celle-ci indique que « *le détail des montants délégués par les ARS des dotations 2021 pour chacune des MIG est présenté dans le chapitre III* », mais cette information n'y figure pas. La DSS et la DGOS n'ont pas répondu aux interrogations de la Cour sur les raisons pour lesquelles une grande partie des données chiffrées sur les dotations reçues par les établissements de santé mentionnées dans le projet initial de la DGOS a été supprimée de l'annexe publiée.

L'annexe ne permet toujours pas d'apprécier les relations entre les évolutions des résultats des établissements et de leurs principaux déterminants : nature et volume de l'activité, tarifs et montant des dotations non liées à l'activité pour les recettes ; charges de personnel, charges externes et charges d'intérêts pour les dépenses.

3 - Un lien non-explicité entre les choix d'investissements et l'évolution de l'encours de la dette financière

Dans l'annexe 6, l'analyse des investissements, conduite pour les seuls hôpitaux publics à la fin de 2020, fait apparaître leur montant pour les années 2010 à 2020, l'effort d'investissement exprimé en pourcentage des produits et le taux de vétusté des constructions et des équipements, exprimé en pourcentage de la valeur brute des immobilisations, sans que la notion de vétusté ne soit définie.

L'annexe mentionne aussi le montant de l'encours de l'endettement financier à fin 2019, 2020 et 2021, global et par type d'établissements. Alors que la loi organique prévoit expressément que l'annexe présente « *l'évolution prévisionnelle de la dette de ces établissements* », elle ne comporte aucune projection de cette nature.

La circulaire du Premier ministre du 10 mars 2021 (voir *supra*) demandait aux hôpitaux et aux ARS d'établir, pour octobre 2021, une stratégie régionale d'investissement pour les dix ans à venir. Ces stratégies auraient pu servir de support à un document prospectif d'analyse de l'effort d'investissement et de la dette. Dans le projet de l'annexe qu'elle avait initialement préparé, la DGOS écartait toutefois cette hypothèse au motif que « *l'exercice de projection [...] ne permet pas une analyse au niveau macro complète et fiable (exhaustivité et hypothèses de construction hétérogènes). Il ne s'agit donc pas d'un outil réellement prédictif* ».

L'annexe 6 ne fournit pas non plus d'indication sur l'incidence des financements du « Ségur de la santé » (Cades et France Relance) sur l'évolution des investissements et de l'endettement en 2021. Le rapport annuel spécifique prévu par la LFSS 2022 sur les conditions de versement et de répartition des financements procurés par la Cades n'a également pas été produit. En effet, la DGOS considère qu'elle ne disposait pas d'informations assez fiables sur les bilans 2021 pour conduire une telle analyse à l'été 2022, en raison des délais de production et de centralisation de l'information comptable sur les hôpitaux.

II - Des conditions de production de l'information sur les comptes à améliorer

L'annexe 6 au PLFSS 2023, publiée en octobre 2022, est centrée sur les comptes de l'exercice 2020. Les résultats de 2021 y sont présentés, uniquement pour les hôpitaux publics et avec des précautions méthodologiques importantes, comme étant « *en cours de consolidation* » et « *provisoires* »¹¹⁶, alors même que le PLFSS 2023 soumettait à l'approbation du Parlement les comptes de l'assurance maladie de 2021.

A - Un manque d'exhaustivité des informations comptables auquel il doit être remédié

1 - Des sources multiples qui fournissent des données incomplètes

Pour les hôpitaux publics, les informations financières proviennent de deux sources distinctes. D'une part, le circuit des comptables publics de la direction générale des finances publiques (DGFIP) produit mensuellement et en fin d'exercice les balances comptables dans une application informatique (*Hélios*), sauf pour l'Assistance publique-Hôpitaux de Paris (AP-HP) dotée de son propre système d'information. D'autre part, les directions financières des hôpitaux publics doivent déclarer leurs comptes annuellement sur une plateforme (*Ancre*) de l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (Atih).

Les données de l'Atih sont très incomplètes. Au 17 août 2022, seuls 79 % des établissements déclarants en 2020 avaient enregistré sur *Ancre* leurs données 2021. Les informations relatives à des établissements de grande taille, comme l'AP-HP et les CHU de Nice et de Guadeloupe faisaient défaut¹¹⁷. Les données de la DGFIP sont plus exhaustives, tout en demeurant incomplètes, surtout pour les établissements de petite taille. À la mi-août 2022, *Hélios* intégrait les comptes financiers définitifs 2021 de 84 % des hôpitaux publics, dont 97 % pour les CH de plus de 150 M€ de chiffre d'affaires et les CHU.

¹¹⁶ Selon l'encadré méthodologique, « *certaines éléments comptables ne sont pas finalisés et ne permettent pas de présenter des projections de résultats fiabilisées* ».

¹¹⁷ Manquaient également les données de trois CH de plus de 150 M€ de chiffre d'affaires, de 18 CH de 70 M€ à 150 M€, de 31 CH de 20 à 70 M€ et de 114 CH de moins de 20 M€.

Pour simplifier le travail des hôpitaux publics, l'Atih leur permet, depuis 2020, de récupérer les balances comptables d'*Hélios* par des fichiers d'import, ce qui leur évite de remplir *Ancre* manuellement. L'opération n'est toutefois pas automatique, les hôpitaux publics devant procéder à l'importation des données, et compléter ensuite les fichiers par des informations extra-comptables utiles à la DGOS, tels les types d'emprunts souscrits. L'Atih travaille à la mise en place d'un import direct des données d'*Hélios* dans ses bases, sans intervention des établissements, qui n'a pas encore abouti.

Ancre est la seule source d'information sur les comptes des Espic. La proportion d'Espic pour lesquels les données comptables de 2017 à 2020 étaient exploitables en 2022 était de 37,5 % (71 % pour les hôpitaux publics). L'information mise à la disposition de la direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees) du ministère de la santé apparaît ainsi très incomplète.

Le dispositif *Ancre* n'a pas été transposé aux cliniques à but lucratif, qui n'ont pas d'obligation de transmettre leurs comptes à l'Atih. La Drees s'appuie sur les liasses fiscales transmises aux tribunaux de commerce. Les données ainsi rassemblées ne sont pas exhaustives mais, contrairement aux Espic, ce défaut d'exhaustivité est compensé par divers redressements.

2 - Des données à structurer de manière plus homogène

L'Atih et la Drees publient des analyses des données financières qu'elles ont rassemblées (voir encadré). La DGOS s'appuie sur ces analyses pour préparer les développements de l'annexe 6 consacrés aux Espic et aux cliniques à but lucratif. Ces publications, et donc leur synthèse dans l'annexe 6, manquent toutefois de fraîcheur car elles portent sur l'avant dernier exercice clos (exercice n-2).

Deux rapports sur la situation financière des établissements de santé, utilisés partiellement par l'annexe 6

À partir des informations qu'elle a centralisées, l'Atih analyse, en juillet n, les comptes financiers des hôpitaux publics et des Espic de l'année n-2 avec un détail analytique limité.

La Drees, dans son rapport sur les établissements de santé, produit des fiches de bonne qualité sur la situation financière de l'année n-2 des hôpitaux publics et des cliniques privées. Elle s'appuie, pour les hôpitaux publics, sur les données de la DGFIP et, pour les cliniques, sur celles qu'elle a collectées et redressées. Elle a renoncé en 2022 à publier une fiche sur les comptes 2020 des Espic, au regard de la qualité, jugée insuffisante, des données transmises par l'Atih.

Pour pouvoir présenter la situation financière des seuls hôpitaux publics de l'année n-1 dans l'annexe 6, la DGOS doit conduire sa propre analyse. Pour cela, elle a renoncé à utiliser les données d'*Ancre* pour les hôpitaux publics et privilégié celles d'*Hélios*, plus complètes¹¹⁸.

La pluralité de sources d'analyse et d'administrations qui centralisent les informations a conduit à des écarts de méthode qui doivent être corrigés. La Drees s'est ainsi rapprochée de la DGOS pour le calcul des indicateurs de performance économique et de l'Atih pour le calcul des soldes intermédiaires de gestion.

Afin de permettre de comparer la situation financière respective des trois catégories d'établissements de santé, il conviendrait que l'annexe 6 fournisse des indicateurs homogènes : conditions de la formation du résultat, intensité de l'investissement au regard de la vétusté des équipements, évolution de la capacité d'autofinancement et de la dette. En outre, l'endettement des Espic et des cliniques aurait vocation à être analysé selon une définition comparable à celle, réglementaire, applicable aux hôpitaux publics (voir *infra*). L'Atih calcule d'ores et déjà de tels indicateurs pour les Espic, mais ne les rend pas publics.

B - Un calendrier de production des comptes à avancer

1 - Des comptes produits tardivement

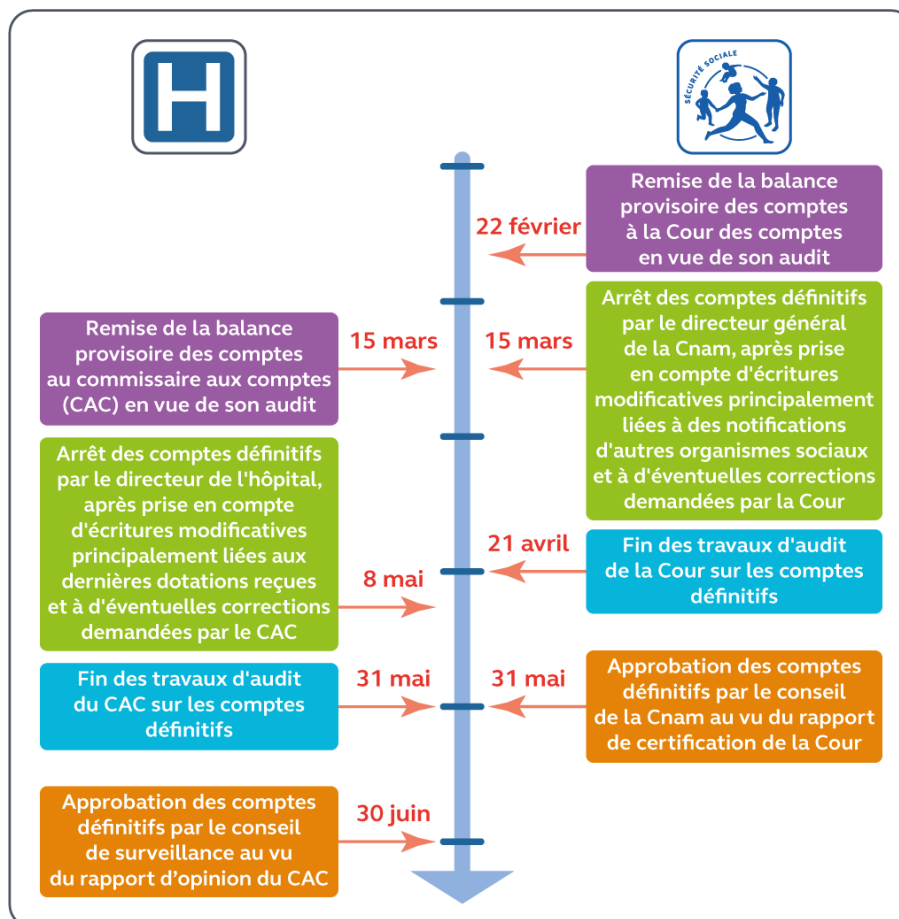
Le calendrier d'établissement des comptes des hôpitaux publics, notamment de ceux certifiés par un commissaire aux comptes (CAC)¹¹⁹, peut être rapproché de celui des branches du régime général de sécurité sociale, dont la Cour certifie les comptes¹²⁰.

¹¹⁸ La DGOS a structuré les comptes *Hélios* 2020 et 2021 des hôpitaux publics dans un « cube numérique », distinct de cette application, afin d'utiliser directement ces données.

¹¹⁹ Cette obligation s'applique aux établissements qui ont plus de 100 M€ de recettes (budget principal), soit 23 % des établissements représentant 79 % des recettes en 2021.

¹²⁰ Arrêté du 15 décembre 2014 en application du décret du 23 décembre 2013 pour les hôpitaux publics, arrêté du 24 décembre 2014 pour les organismes de sécurité sociale.

**Schéma n° 1 : délais comparés d'établissement des comptes
des hôpitaux publics et de la branche maladie du régime général
de sécurité sociale (« assurance maladie »)**



Source : Cour des comptes

Note de lecture : les dates indiquées sont des dates limites.

Hors période exceptionnelle de crise pandémique¹²¹, les délais d'arrêt des comptes des hôpitaux publics peuvent être considérés comme anormalement longs. Ainsi, les comptes de résultats et les bilans de l'exercice n doivent être définitivement arrêtés le 8 mai de l'année n+1, soit près de deux mois après ceux de la branche maladie du régime général pour lesquels la date réglementaire limite est le 15 mars de l'année n+1.

¹²¹ Des dispositions particulières ont été prises pour l'arrêt des comptes 2019 en 2020 par l'arrêté du 11 septembre 2020.

Pour les organismes de l'État soumis aux règles de la comptabilité publique, la DGFIP a publié en 2017 un guide de bonnes pratiques qui recommande de faire débiter les travaux d'audit des CAC dès le 15 janvier, afin de pouvoir transmettre l'information à la tutelle, après approbation du compte financier par les organes délibérants, à la fin février au plus tard.

2 - Des délais pénalisants d'établissement des comptes

Entre le 15 mars (balances comptables provisoires) et le 8 mai (comptes définitivement arrêtés), les hôpitaux publics comptabilisent les opérations tardivement décidées par leurs administrations de tutelle. Des montants de financements mis en réserve sont « dégelés » et leur sont versés. En outre, suivant une pratique instaurée depuis l'exercice 2017, des dotations complémentaires sont déléguées en toute fin d'exercice comptable, après arbitrage du cabinet du Premier ministre (voir *infra*).

Pour l'exercice 2021, 11 % des dotations Migac, soit 1,45 Md€, et 0,4 % des autres dotations, soit 70 M€, ont ainsi été déléguées aux ARS par un arrêté du 10 mars 2022, quelques jours avant l'arrêté définitif (le 15 mars) des comptes de l'assurance maladie qui finance ces versements complémentaires. Cette délégation tardive des dotations Migac s'explique par la complexité de leurs règles d'allocation¹²², par la volonté d'ajuster le montant en fonction des données d'activité réelles de l'année et par l'objectif de réaliser l'Ondam global de l'année n au plus près de sa prévision actualisée par la loi de financement de l'année n+1.

En principe, les hôpitaux publics enregistrent ces dotations complémentaires dans les comptes du dernier exercice clos. Il arrive cependant, dans une mesure que le ministère de la santé ne sait pas apprécier, qu'ils le fassent dans l'exercice en cours. Compte tenu du poids des opérations de fin d'exercice, l'évolution des résultats et l'appréhension de la situation financière des hôpitaux peuvent s'en trouver affectées.

En raison des délais d'arrêtés des comptes, l'information financière relative au dernier exercice clos ne peut être centralisée au niveau ministériel qu'au second semestre de l'année en cours. Ce calendrier est trop tardif pour utiliser ces données comptables comme référence pour déterminer le sous-objectif de l'Ondam relatif aux établissements de santé de l'exercice à venir, travail qui intervient entre avril et septembre. Pour le dernier exercice clos, à l'instar de l'exercice en cours, la DGOS a estimé

¹²² Les Migac regroupent 125 enveloppes distinctes, calculées pour chaque établissement afin de garantir l'équité de leur répartition et leur sécurité juridique.

par conséquent les charges sensibles à l'activité à partir de coefficients d'élasticité issus d'études médico-économiques internationales anciennes¹²³, et les charges de personnel sur le fondement d'un coefficient issu d'une enquête jamais actualisée¹²⁴, ce qui induit des risques d'écart entre la situation de référence et celle finalement constatée.

3 - Un avancement nécessaire et possible de l'arrêté des comptes

Un établissement plus précoce des comptes des hôpitaux publics présenterait les avantages symétriques des inconvénients précédemment décrits : clarification des conditions de rattachement des dotations aux différents exercices comptables ; construction du sous-objectif de l'Ondam relatif aux établissements de santé en prenant pour référence les comptes du dernier exercice clos, et non plus une estimation ; mise à la disposition du ministère de la santé, du Gouvernement et du Parlement, dans l'annexe 6, d'une information plus récente et plus précise sur la situation financière des hôpitaux publics.

Afin de permettre au ministère chargé de la santé de disposer plus rapidement des données relatives au dernier exercice clos, il conviendrait que les directeurs des hôpitaux publics arrêtent définitivement leurs comptes à une date plus proche de celle de l'arrêté définitif des comptes de l'assurance maladie, soit le 15 mars au lieu du 8 mai (voir schéma n° 1 *supra*). Compte tenu du poids des hôpitaux publics dans les dépenses de l'assurance maladie, il serait de bonne politique que leurs comptes soient arrêtés avant le dépôt du projet de loi d'approbation des comptes de la sécurité sociale sur le bureau de l'Assemblée nationale, qui intervient avant le 1^{er} juin en application de la loi organique relative aux lois de financement de la sécurité sociale du 14 mars 2022.

¹²³ OCDE, « Paiement des hôpitaux et dégressivité tarifaire dans les pays de l'OCDE », mars 2015. Sur le fondement de cette étude, il est estimé que, quand l'activité augmente de 10 %, les achats et charges externes augmentent de 7 % et les autres charges, y compris de personnel, de 10 %.

¹²⁴ L'étude « coûts et carrières » de la DGOS sur la période 2005-2008 a évalué l'augmentation annuelle de la masse salariale des hôpitaux publics à 0,4 %. La DGOS retient aujourd'hui une hypothèse conventionnelle de 0,3 %. La Drees développe depuis 2021 un outil de micro-simulation de la masse salariale hospitalière afin, à l'avenir, de mieux prévoir l'évolution des charges de personnel des hôpitaux publics.

Cet avancement du calendrier de l'arrêté des comptes apparaît réalisable. D'une part, les hôpitaux disposent d'une « journée » complémentaire d'un mois en janvier¹²⁵, qui pourrait être supprimée, à l'image de ce qui a été fait pour d'autres établissements publics soumis au contrôle de l'État. D'autre part, la durée de l'audit des comptes provisoires pourrait être réduite à trois semaines, comme pour les régimes de sécurité sociale, une partie des travaux des commissaires aux comptes étant alors anticipée avant le 31 décembre. Enfin, d'autres délais pourraient être réduits (transmission entre les directions départementales des finances publiques et les établissements, soumission des comptes arrêtés à l'approbation du conseil de surveillance).

Arrêter plus tôt les comptes supposerait que le ministre de la santé, comme il le faisait avant l'exercice 2017, prenne les ultimes décisions de dégel et de délégation de dotations à une date qui permette leur versement par les ARS aux établissements fin décembre au plus tard.

Pour cela, il aurait à se fonder sur les prévisions de résultats à fin septembre, que les établissements lui transmettent avant le 15 novembre (RIA 1)¹²⁶. Certes, un rapport IGF-Igas a souligné la qualité insuffisante de ces prévisions¹²⁷, les hôpitaux publics ayant tendance à sous-estimer leurs résultats afin d'obtenir le dégel des dotations et des montants supplémentaires lorsqu'ils sont en déficit. Les effets sur les comptes d'erreurs de prévision pourraient toutefois être compensés par une correction des montants délégués dès le début de l'exercice suivant – en positif ou en négatif. L'éventuel dépassement de l'Ondam pour un exercice donné serait en tout état de cause corrigé dès l'exercice suivant.

¹²⁵ La « journée complémentaire » est le délai d'un mois, courant du 31 décembre n-1 au 31 janvier n, dont bénéficient certains organismes publics pour classer les opérations qui n'ont pas pu être imputées de façon certaine ou définitive à un compte déterminé, et ainsi, pour apurer les comptes d'attente.

¹²⁶ La prévision RIA 2 au 15 février, à partir des balances comptables provisoires au 31 décembre n'aurait plus d'utilité et pourrait en conséquence être supprimée.

¹²⁷ IGF-Igas, « *Amélioration des outils de suivi et de prévision de la situation financière des établissements de santé* », janvier 2022, non publié. Selon ce rapport, « *les prévisions des établissements sont moins fiables (car encore plus pessimistes) que celles réalisées un an plus tôt au moment de l'élaboration de leur [budget prévisionnel]* ». L'écart sur les résultats entre les comptes définitifs et les prévisions a d'ailleurs augmenté, « *passant de 445 M€ en 2015 à 929 M€ en 2018* ».

III - Des données et analyses supplémentaires à fournir

L'annexe 6 au PLFSS 2024 a vocation à remédier aux insuffisances de l'information procurée au Parlement sur les résultats, d'une part, et sur l'investissement et l'endettement des hôpitaux, d'autre part. Les développements suivants précisent les informations supplémentaires qui pourraient être intégrées à ce document.

A - Une information sur les résultats qui doit permettre d'apprécier la situation des établissements et les incidences sur celle-ci de l'évolution de l'Ondam

1 - Compléter l'analyse des résultats

L'analyse des résultats des hôpitaux doit permettre d'apprécier si le respect du sous-objectif de dépenses de l'assurance maladie (Ondam) a pour corollaire une amélioration, une stabilité ou une dégradation, comme cela a été le cas dans les années 2010, de leur situation financière.

L'annexe mentionne les résultats agrégés des hôpitaux publics dans le périmètre de leurs budgets principaux, qui sont passés d'un déficit de 663 M€ en 2019 à un déficit de 539 M€ en 2020¹²⁸, et, selon des résultats décrits comme préliminaires, à un déficit de 391 M€ en 2021¹²⁹. Elle devrait commenter les raisons de la concentration de ce déficit sur l'AP-HP (283 M€, soit 72 % du total en 2021, contre 169 M€ en 2019), alors même que les autres CHU, pris ensemble, connaissent un léger excédent depuis 2018 (46 M€ en 2021, contre 22 M€ en 2019) et que le déficit des CH s'est réduit en 2020 et à nouveau en 2021 (à 155 M€, contre 515 M€ en 2019).

S'agissant des établissements privés, l'annexe ne fournit pas la chronique de l'évolution du montant de leurs résultats. Pour les Espic, elle se borne à mentionner qu'« *ils connaissent depuis 2017 des résultats légèrement excédentaires* ». Pour les cliniques à but lucratif, elle indique, en citant le rapport de la Drees, que leur résultat net de 2020 s'établit à 3 % des produits, soit un niveau qui dépasse celui de 2019 et renoue avec ceux, historiquement élevés, de 2014 à 2016.

¹²⁸ Après neutralisation des produits liés à la comptabilisation à leur valeur vénale de biens remis à titre gratuit pendant la crise sanitaire (masques, médicaments...). Cet effet ne s'est pas reproduit en 2021. Avant neutralisation, le déficit s'est élevé à 241 M€.

¹²⁹ Dans le même périmètre, la Cour constate, fin novembre 2022, un déficit agrégé de 368 M€ en 2021.

Les éléments fournis par l'annexe sur les résultats globaux des hôpitaux publics, Espic et cliniques manquent d'homogénéité entre ces catégories. L'annexe indique ainsi que 43 % des hôpitaux publics étaient déficitaires en 2021, ce qui traduit une amélioration par rapport à 2019 (le ratio était alors de 55 %) grâce aux dispositifs exceptionnels de soutien face à la crise. Pour les cliniques à but lucratif, elle reprend les données de la Drees qui indiquent que 23,5 % des cliniques étaient déficitaires en 2020, après 26 % en 2019. L'annexe aurait également vocation à mentionner ce ratio pour les Espic, qui se rapproche de celui des cliniques avec 24 % d'établissements déficitaires en 2020, après 25 % en 2019.

Enfin, l'annexe devrait préciser les causes (délais d'utilisation des dotations à l'investissement du « Ségur de la santé », autres facteurs explicatifs) de l'évolution divergente des montants respectifs des résultats des hôpitaux publics (voir *supra*) et de la trésorerie qu'ils déposent sur un compte du Trésor. Alors qu'il était assez stable de fin 2017 à fin 2019, entre 5 Md€ et 5,5 Md€, le montant de la trésorerie déposée au Trésor a fortement augmenté depuis lors, atteignant 7,6 Md€ à fin 2020, 8,1 Md€ à fin 2021 et 9,2 Md€ fin 2022.

2 - Préciser les facteurs explicatifs de l'évolution des recettes liées à l'activité

L'annexe décrit précisément le contenu du protocole d'accord signé en février 2020 entre l'État et les fédérations d'établissements de santé publics et privés. Celui-ci a prévu, pour les trois années 2020, 2021 et 2022, une progression d'au moins 0,2 % par an de la part du financement des activités de médecine, chirurgie et obstétrique (MCO) constituée par l'incidence des évolutions des tarifs et du financement de la qualité¹³⁰. L'hypothèse sous-jacente était celle d'un volume d'activité corrigé du nombre de jours ouverts en progression de 1,6 % par an. Le montant total des dépenses du sous-objectif de l'Ondam relatif aux établissements de santé, tous statuts confondus, devait progresser de 2,4 % par an.

Toutefois, la crise sanitaire, qui a débuté immédiatement après la signature du protocole, en a modifié la portée. Le protocole devait donner de la visibilité aux établissements de santé en fixant à l'avance, et de façon pluriannuelle, les conditions de leur financement par l'assurance maladie. En réalité, l'activité a chuté du fait de la crise sanitaire.

¹³⁰ Il s'agit du dispositif d'incitation financière à l'amélioration de la qualité (Ifaq), créé en 2016, et de dispositifs spécifiques (comme le financement des urgences).

Une activité des hôpitaux publics qui n'a pas retrouvé en 2021 son niveau d'avant la pandémie

Selon les données de l'Atih, que l'annexe pourrait reprendre, l'activité MCO des hôpitaux publics, exprimée en nombre de séjours, a baissé de 1,8 % entre 2019 et 2021, malgré l'activité supplémentaire liée à la covid 19. La montée en puissance de l'activité ambulatoire (+ 10,5 %) n'a pas compensé la baisse des hospitalisations complètes (- 6,8 %).

La chute est encore plus marquée pour l'AP-HP (- 4 %). Les hospitalisations complètes ont baissé de 9 % tandis que l'activité ambulatoire a augmenté de seulement 4 %.

Pour les CHU hors AP-HP, l'activité a, en revanche, augmenté en moyenne de 1,7 % entre 2019 et 2021. La hausse de 13,5 % de l'activité ambulatoire a plus que compensé la baisse de 4,8 % des hospitalisations complètes.

Le protocole aurait pu être adapté à ce nouveau contexte, mais le Gouvernement a préféré en assurer une application intégrale. Il a mis en œuvre une garantie de financement des établissements au niveau versé en 2019, majoré de la progression prévue par le protocole, indépendamment de l'évolution constatée de l'activité. L'annexe 6 décrit le mécanisme de la garantie de financement¹³¹ et ses conditions d'application. En 2020, 81 % des hôpitaux publics et des Espic, et 64 % des cliniques à but lucratif ont demandé à en bénéficier et n'ont donc pas perçu un montant de ressources en rapport avec leur activité – hors hospitalisation à domicile (HAD)¹³². En 2021, encore 78 % des hôpitaux publics ont bénéficié du dispositif. L'annexe 6 omet cependant de mentionner le montant de la garantie de financement ainsi accordée, qui a atteint 3 Md€ en 2020 et 1,8 Md€ en 2021 pour les seuls hôpitaux publics selon les informations communiquées à la Cour par la DGOS.

¹³¹ Fixation d'un plancher de recettes fondé notamment sur les recettes d'activité historiques et prise en compte de l'activité, valorisée uniquement si elle est supérieure à ce plancher. Pour les hôpitaux publics et les Espic, un versement mensuel forfaitaire est réalisé sur le fondement des recettes d'activité de l'année précédente, avec des régularisations au fil de l'eau en cas de valorisation de l'activité supérieure à ce seuil. Pour les cliniques, la facturation de leur activité est comparée en fin de période au montant de garantie notifié afin, le cas échéant, de régulariser le montant dû.

¹³² La HAD s'est beaucoup développée avec la crise sanitaire et est donc restée tarifée à l'activité pour 80 % des établissements concernés.

Les modes de financement des hôpitaux de proximité, des établissements psychiatriques et des établissements de soins de suite et de réadaptation¹³³ font l'objet de réformes précisément décrites par l'annexe. Celle-ci devrait cependant préciser les conséquences de ces réformes sur les recettes et sur les résultats de ces établissements, de même que l'incidence de la réforme de la tarification des services d'urgence sur les comptes des établissements qui en sont dotés.

Plus généralement, l'annexe devrait préciser les contributions respectives des recettes liées aux activités de soins et de celles non liées à ces activités (Migac et FIR) aux résultats des hôpitaux ces dernières années. Pour l'activité de MCO, la plus importante, les incidences respectives de l'évolution du nombre de séjours, du tarif moyen¹³⁴ et de la composition des séjours sur l'évolution du montant des recettes liées à la tarification à l'activité (T2A) devraient être précisées.

3 - Décrire les aides à la contractualisation, qui soutiennent les établissements les plus en difficulté

L'annexe 6 devrait détailler les dotations de l'assurance maladie aux établissements de santé, notamment les aides à la contractualisation (AC), qui ont un caractère en grande partie discrétionnaire. En 2021, les dotations d'AC ont atteint 2,7 Md€ pour les hôpitaux publics, hors compensation de surcoûts covid et de pertes de recettes annexes, contre 1,3 Md€ en 2019, selon les données de la DGFIP analysées par la Cour.

Dans l'ensemble des AC, un enjeu particulier s'attache à l'enveloppe qui a pour objet d'aider des établissements qui connaissent des difficultés de trésorerie et, de ce fait, paient leurs fournisseurs à plus de 70 jours, au-delà des délais réglementaires¹³⁵, ou accumulent des dettes fiscales et sociales.

Le montant de cette enveloppe, déléguée par les ARS, a varié au cours du temps selon les marges de manœuvre laissées par l'Ondam et divers critères de priorisation des demandes exprimées par certains établissements. Elle est passée d'un point bas de 271 M€ en 2015 à un point haut de 427 M€ en 2021, qui dépasse le montant initialement prévu pour cet exercice (370 M€).

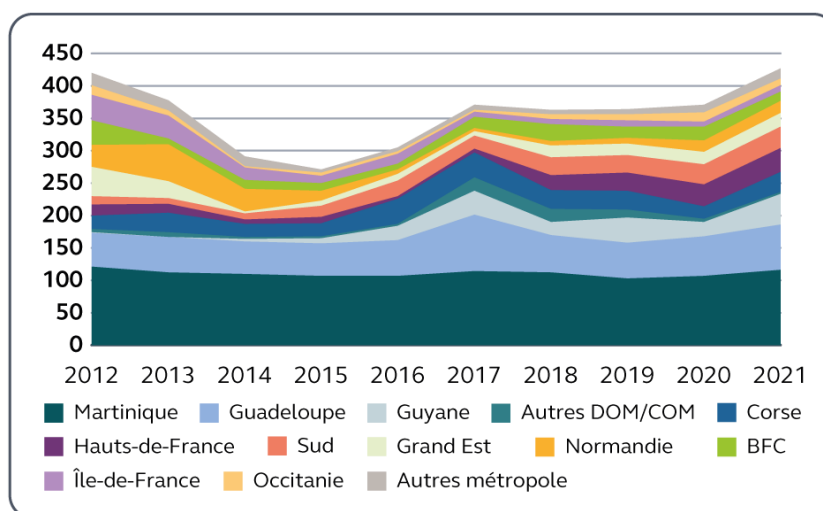
¹³³ Ils sont désignés sous le terme d'établissements de soins médicaux et de réadaptation depuis un décret n° 2022-24 du 11 janvier 2022.

¹³⁴ À composition (structure) inchangée des séjours.

¹³⁵ Le délai de règlement entre entreprises, qui s'applique aux hôpitaux publics, est de 30 jours à compter de la réception des marchandises ou de l'exécution des prestations (45 jours fin de mois en cas d'accord entre les parties).

Ces aides bénéficient à des établissements situés dans des départements et régions d'outre-mer et en Corse, qui reçoivent en début d'année une dotation annuelle d'un montant assez stable (182 M€ en 2021¹³⁶). En outre, des aides ponctuelles sont décidées en fin d'exercice à partir des besoins dont font état les ARS et de l'analyse de leur criticité.

Graphique n° 12 : aides spécifiques aux établissements connaissant des difficultés de trésorerie (en M€)



Source : DGOS

De 2016 à 2019, 38 établissements ont bénéficié d'aides récurrentes. En 2021, dans le contexte de crise sanitaire, 77 établissements, soit un sur onze, ont perçu une aide. Pour 2022, l'enveloppe a été arbitrée à 301 M€, dont 189 M€ ont été alloués en début d'exercice. Il reste donc 112 M€ à allouer, en principe, pour un besoin exprimé par les ARS de 161 M€¹³⁷.

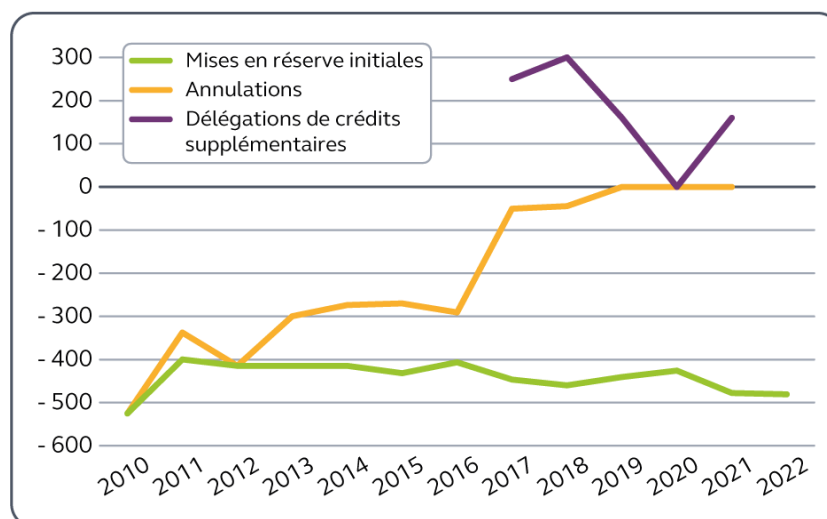
¹³⁶ CHU et CH spécialisé Maurice Despinoy en Martinique (103 M€ en 2021, soit 13 % de leurs produits d'exploitation), CHU de Guadeloupe (63 M€ en 2021, soit 16 % de ses produits d'exploitation), CH de Cayenne et de Kourou en Guyane (8 M€ en 2021) et CH d'Ajaccio, de Bastia et de Castelluccio (8 M€ au total en 2021).

¹³⁷ Note de la DGOS au cabinet du ministre de la santé du 26 septembre 2022.

4 - Préciser les modifications en cours d'année des financements prévus et leurs impacts sur le résultat des hôpitaux

Une partie des financements de l'assurance maladie (400 à 500 M€ pour les hôpitaux publics) est mise en réserve en début d'année selon deux modalités distinctes. D'une part, un coefficient prudentiel, créé par la LFSS pour 2013¹³⁸, minore les tarifs des actes de MCO¹³⁹ appliqués lors de l'année en cours. D'autre part, les dotations de diverses natures sont progressivement et parfois incomplètement versées aux établissements.

Graphique n° 13 : mises en réserve initiales, annulations et délégations de dotations supplémentaires (M€)



Source : Cour des comptes d'après les tableaux annuels du comité d'alerte et la DGOS

Note de lecture : les délégations 2020 et 2021 ici représentées n'intègrent pas le financement de compensations de surcoûts covid et de pertes de recettes annexes.

L'avis du comité d'alerte, rendu au plus tard le 15 octobre de chaque année, permet d'apprécier les conséquences de l'activité hospitalière sur la réalisation du sous-objectif de l'Ondam. En cas de risque de non-atteinte, le ministère peut supprimer définitivement tout ou partie des financements mis en réserve.

¹³⁸ Depuis 2017, le coefficient prudentiel, fixé à - 0,7 % depuis cette même année, est devenu prépondérant dans les mises en réserve (356 M€ sur 481 M€ en 2021) par rapport aux dotations hospitalières (125 M€).

¹³⁹ Des dispositifs équivalents ont été mis en place pour la psychiatrie et les soins de suite et de réadaptation.

Entre 2010 et 2016, les montants mis en réserve ont été ainsi en grande partie annulés. Entre 2013 et 2016, ils ont été mis à contribution pour compenser le dépassement du sous-objectif des soins de ville. À partir de 2017, l'activité hospitalière a connu une augmentation modérée, devenue inférieure aux prévisions. Des dotations supplémentaires ont alors été déléguées aux hôpitaux publics afin de compenser l'effet sur leurs comptes de cette moindre activité. En cumul, 870 M€ ont ainsi été délégués entre 2017 et 2021.

L'annexe 6 devrait fournir une information détaillée sur l'incidence de ces mesures de régulation infra-annuelle sur les résultats des établissements. À ce titre, elle devrait préciser, pour le dernier exercice clos, les montants prévus et finalement alloués, y compris les dotations complémentaires versées en fonction de données d'activité moins élevées que celles anticipées.

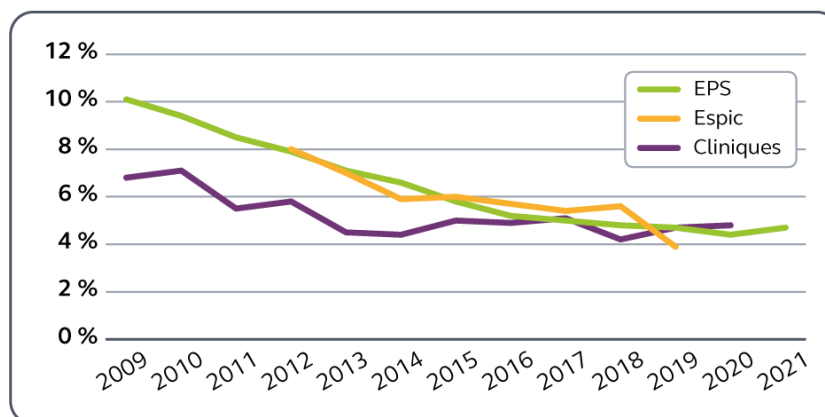
B - Des liens de causalité à analyser entre les plans d'investissement et le niveau de l'endettement

1 - Un effort d'investissement et des conditions de financement à apprécier plus précisément

L'annexe 6 explique comment, après la mise en œuvre des plans *Hôpital 2007* et *2012*, les dépenses d'investissement des hôpitaux publics ont été pratiquement divisées par deux par rapport au point haut de 7,0 Md€ atteint en 2012. Rapportées aux produits, elles ont enregistré une diminution continue de 2009 (10,1 %) à 2020 (4,4 %), avant de remonter en 2021 au niveau de 2019 (4,7 %)¹⁴⁰. L'annexe devrait comparer cette évolution à celle des Espic, qui est similaire, et à celle des cliniques à but lucratif, dont le taux d'investissement, resté stable depuis 2013 (4,8 % en 2020), dépasse désormais ceux des hôpitaux publics et des Espic.

¹⁴⁰ L'augmentation des recettes procurées par l'assurance maladie en vue de compenser la crise sanitaire et la hausse des charges de personnel induite par le « Ségur de la santé » contribue toutefois, toutes choses égales par ailleurs, à une minoration de la valeur du ratio de l'ordre de 0,3 point en 2020 et de l'ordre de 0,5 point à partir de 2021.

**Graphique n° 14 : effort d'investissement
(en proportion des recettes¹⁴¹) de 2009 à 2021**



Source : Drees, panorama santé 2019 et dossier sur la situation économique et financière des hôpitaux en 2020

L'annexe décrit précisément les montants engagés au titre du « Ségur de la santé » (voir supra) et leur ventilation par régions et par catégories d'investissement. Cependant, elle mentionne ces montants au 1^{er} septembre 2022 (pour 470 M€), et non au 31 décembre 2021, ce qui ne permet pas de situer la part du « Ségur de la santé » dans l'effort global d'investissement en 2021. En outre, le montant indiqué ne distingue pas entre les hôpitaux publics, les Espic et les cliniques à but lucratif, alors que seuls sont présentés les investissements des hôpitaux publics.

L'annexe précise le montant des financements du « Ségur de la santé » pour l'investissement courant (tous équipements médicaux et non médicaux), soit 1,5 Md€. En outre, elle décrit l'évolution du taux d'investissement courant des *hôpitaux publics* rapporté aux produits qui, après avoir atteint un point haut de 4,5 % en 2007, a reculé continûment, puis s'est stabilisé autour de 2,6 % depuis 2018. Toutefois, elle ne qualifie pas cette baisse par rapport au seuil de 3 %, généralement considéré comme nécessaire au renouvellement des équipements et au maintien en état des capacités des établissements. Or, l'investissement courant est inférieur à ce seuil depuis 2015. L'annexe devrait préciser dans quelle mesure l'évolution de l'autofinancement des établissements et les financements du « Ségur de la santé » pourraient permettre de redresser ce taux.

¹⁴¹ Produits bruts d'exploitation pour les Espic ; tous produits d'exploitation, financiers et exceptionnels pour les hôpitaux publics et les cliniques.

L'annexe indique enfin que le taux de vétusté des constructions et des équipements des *hôpitaux publics* a augmenté. Ce taux est mesuré en rapportant la valeur amortie des immobilisations à leur valeur brute¹⁴². Pour les constructions des *hôpitaux publics*, il est ainsi passé de 45,5 % en 2015 à 52 % en 2020, soit une augmentation de l'ordre de 0,9 point par an. Contrairement à ce que décrit l'annexe « selon les premières données disponibles », les données de la DGFIP ne font pas apparaître de retournement de tendance en 2021, la vétusté des constructions augmentant au contraire de 1,3 point. S'agissant des équipements des *hôpitaux publics*, le taux s'est dégradé de 76 % en 2011 à 80,8 % en 2020. Il s'est légèrement amélioré en 2021, en revenant à son niveau de 2018 (80 %).

L'annexe pourrait préciser la vétusté des constructions et des équipements par catégorie d'établissements. À cet égard, l'AP-HP se caractérise par une plus forte vétusté des constructions (avec un taux de 10 points au-dessus de la moyenne), mais une moindre vétusté des équipements (taux inférieur de 10 points à la moyenne).

2 - Un risque portant sur l'endettement à mieux évaluer

Les plans d'investissement de 2007 et de 2012 ont provoqué une envolée de l'endettement financier des hôpitaux publics, dont l'encours est passé de 11,9 Md€ en 2005 à 30,3 Md€ en 2014, avant de se stabiliser à ce niveau. L'annexe 6 décrit l'évolution de ce montant de 2019 (29,7 Md€) à 2021 (31,0 Md€) et celle du taux d'encours de dette rapporté aux produits (32,9 % en 2021 contre 36,3 % en 2019), globalement et par catégorie d'hôpitaux publics.

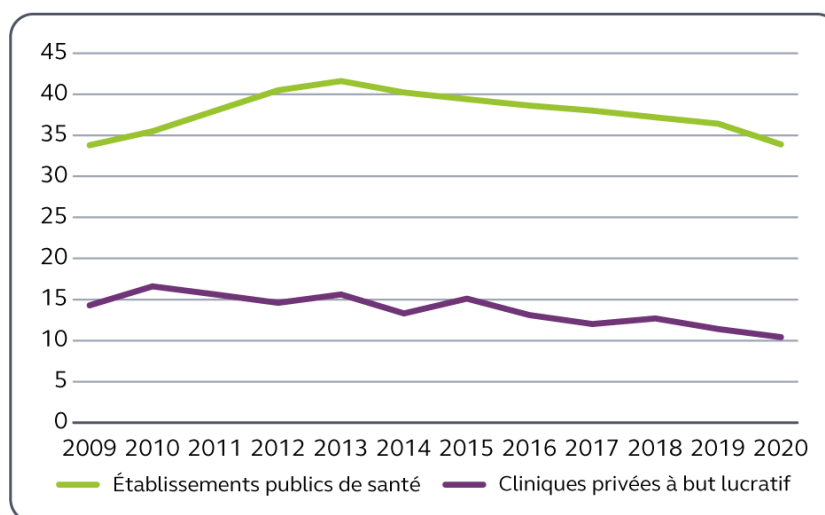
Pour les cliniques à but lucratif, l'annexe reprend les données de la Drees (1,8 Md€ et un ratio de 10,4 % en 2020). Elle pourrait fournir ces mêmes données pour les Espic, dont l'Atih a estimé l'encours de dette à 2,6 Md€ en 2020 (soit 23,4 % des recettes).

Une analyse en série longue et comparée de l'évolution des taux d'endettement – possible uniquement¹⁴³ pour les hôpitaux publics et les cliniques à but lucratif selon les données publiées – permettrait d'apprécier la maîtrise comparée de la dette selon le statut des établissements.

¹⁴² Plus le taux est élevé, plus l'immobilisation est vétuste. Un taux de 100 % signifie qu'elle est totalement amortie et que sa valeur comptable résiduelle est nulle.

¹⁴³ La Drees n'a pas produit de série historique pour le taux d'endettement des Espic en pourcentage des recettes.

**Graphique n° 15 : taux d'endettement
(en proportion des produits), de 2009 à 2021**



Source : Drees, dossier sur la situation économique et financière des hôpitaux en 2020

L'annexe ne mentionne pas les emprunts structurés à risque élevé des hôpitaux publics, ce qui n'appelle pas de critique au regard de l'évolution de leur poids relatif – réduit à 3 % de la dette financière des hôpitaux publics¹⁴⁴ – et de leur concentration sur un nombre désormais limité d'établissements.

Il est en revanche anormal que l'annexe ne procède à aucune analyse du surendettement des hôpitaux publics, alors même que des niveaux élevés d'endettement et une activité moins dynamique ont fragilisé la situation financière de nombre d'entre eux. La circulaire précitée du Premier ministre du 10 mars 2021 a demandé aux ARS que les apports financés par la Cades afin de restaurer les capacités financières des établissements (6,5 Md€) soient « contractualisés avec les établissements dans leur intégralité fin 2021 et pour la période 2021-2029 » et soient ainsi comptabilisés en totalité dès 2021. Une première tranche de 1,3 Md€ leur a, par ailleurs, été déléguée en 2021. L'annexe décrit en détail les montants ainsi apportés aux hôpitaux publics mais ne fournit aucune information sur les effets de ces apports en fonds propres sur leur situation bilancielle.

¹⁴⁴ Le recours aux emprunts structurés est prohibé depuis 2011. Leur encours s'élevait encore à 820 M€ en 2020 selon l'Atih.

Quand un hôpital public est-il surendetté ?

L'article D. 6145-70 du code de la santé publique définit trois indicateurs de niveau excessif d'endettement pour les hôpitaux publics :

- encours de dette à long terme / capitaux permanents constitués des fonds propres et des provisions pour risque et charges > 50 % (ratio d'indépendance financière) ;
- dette / capacité d'autofinancement > dix ans (durée apparente de la dette) ;
- encours de la dette / produits > 30 % (soutenabilité de la dette).

Sont considérés comme surendettés les établissements qui remplissent au moins deux de ces trois critères. Le recours à l'emprunt pour une durée supérieure à 12 mois doit alors être autorisé par le directeur général de l'ARS, après avis du directeur régional des finances publiques.

Selon les calculs effectués par la Cour, la proportion d'hôpitaux publics surendettés a baissé de 43 % en 2019 à 30 % en 2021, sous l'effet de deux facteurs principaux. D'une part, l'augmentation des recettes procurées par l'assurance maladie en vue de compenser la hausse des charges de personnel induite par le « Ségur de la santé » a eu pour effet de réduire l'encours de la dette rapporté aux produits à partir de 2020. D'autre part, les apports en fonds propres financés par la Cades ont amélioré les ratios de dépendance financière¹⁴⁵. Le nombre d'établissements en dépassement sur ce critère s'est ainsi réduit de 260 en 2020 à 175 en 2021.

Pour autant, un grand nombre d'établissements, notamment parmi les CHU, connaît toujours une situation de grande fragilité financière. En 2021, dix-huit CHU sur trente-deux étaient surendettés au regard du critère du ratio de dépendance financière, malgré l'apport en fonds propres du « Ségur ». Quinze CHU réunissaient deux des trois critères du surendettement définis par le code de la santé publique. Neuf CHU réunissaient les trois critères du surendettement. C'était notamment¹⁴⁶ le cas de trois des quatre principaux hôpitaux publics : l'AP-HP, l'Assistance publique des hôpitaux de Marseille (APHM) et le CHRU de Lille.

¹⁴⁵ Sur un plan comptable, les montants attribués ne sont pas imputés en réduction de l'encours de dette, mais en augmentation des capitaux permanents, au dénominateur du ratio de dépendance financière. En effet, les montants versés ne visent pas à rembourser des dettes par anticipation, mais à constituer une « réserve » qui permette de financer ce remboursement.

¹⁴⁶ En dehors de l'AP-HP, de l'APHM et du CHRU de Lille, il s'agit des CHRU et CHU de Grenoble, Nice, Brest, Rennes, Amiens et de La Réunion.

Enfin, l'annexe ne devrait pas analyser la dette de manière uniquement rétrospective mais aussi, comme le prévoit expressément la loi organique du 14 mars 2022, de manière prospective. À cette fin, il conviendrait que les données servant à établir les plans globaux de financement pluriannuels des établissements, dont l'horizon est de cinq ans au minimum, soient homogénéisées et rendues exhaustives dans les stratégies régionales d'investissement des ARS, afin de faire l'objet d'une centralisation nationale et servir de support à une analyse prospective.

CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

Depuis longtemps, l'information au Parlement sur la situation financière des établissements de santé est fournie trop tardivement et revêt un caractère parcellaire. La création d'une nouvelle annexe au PLFSS, en application de la loi organique relative aux lois de financement de la sécurité sociale du 14 mars 2022, n'a pas permis d'amélioration notable.

Une information plus précoce, plus complète et plus objective doit être communiquée au Parlement et, plus largement, aux citoyens, sur les résultats des hôpitaux, en particulier publics, sur leurs déterminants en recettes et en dépenses, et sur l'évolution de l'investissement et de l'endettement au regard de la mise en œuvre du « Ségur de la santé ».

La Cour contribuera par ses travaux à cette nécessaire transparence. Dès à présent, elle adresse les recommandations suivantes aux directions et établissements concernés des ministères chargés de la santé et des finances :

8. *produire, dans l'annexe 6 aux PLFSS des années 2024 et suivantes, pour les hôpitaux publics, les établissements de santé privés d'intérêt collectif et les cliniques à but lucratif :*
 - *une analyse de l'activité de l'année et de son incidence sur les recettes ;*
 - *une description des financements de toute nature perçus par les établissements de santé, des conditions de leur mise en réserve et de leur restitution, et des conditions d'attribution complémentaire d'aides en trésorerie à certains établissements en difficulté ;*
 - *une analyse rétrospective et prospective des trajectoires d'investissement et d'endettement, en particulier pour les établissements surendettés (ministère de la santé et de la prévention) ;*
 9. *fournir, en vue de la préparation de l'annexe aux PLFSS 2024 et suivants, un niveau d'analyse de la situation financière des établissements de santé privés d'intérêt collectif équivalent à celui relatif aux hôpitaux publics et aux cliniques à but lucratif, et calculer des indicateurs financiers identiques pour les trois catégories d'établissements (Atih et ministère de la santé et de la prévention) ;*
 10. *attribuer aux établissements de santé, avant le 31 décembre, la totalité des dotations dues au titre de l'année n ; en cas de dépassement constaté de l'objectif de dépenses des établissements de santé, compenser le trop-versé en ajustant, à due concurrence, le montant des dotations de l'année n+1 (ministère de la santé et de la prévention) ;*
 11. *avancer la date limite de l'arrêté définitif des comptes des hôpitaux publics pour la rapprocher de celle de l'assurance maladie (15 mars) et fixer la date limite d'approbation des comptes des hôpitaux par leurs conseils de surveillance avant celle du dépôt du projet de loi d'approbation des comptes de la sécurité sociale (avant le 1^{er} juin) (ministère de l'économie, des finances et de la souveraineté industrielle et numérique, ministère de la santé et de la prévention).*
-