

La Tarification à l'activité (T2A), mise en place à partir de 2004 dans les établissements de Médecine-chirurgie-obstétrique (MCO), requiert un suivi économique et financier régulier des établissements. Dans le cadre du comité d'évaluation de la T2A, la Drees a rassemblé un ensemble d'indicateurs portant sur l'exploitation, la rentabilité, l'investissement, l'endettement, le fonds de roulement et la trésorerie des établissements de santé qui offrent une grille de lecture commune aux secteurs public et privé, sans occulter les différences de logique de gestion qui les traversent. Sur la période analysée, entre 2002 et 2004, le poids des hôpitaux publics en termes d'activité et de valeur ajoutée apparaît plus élevé que celui des cliniques sous objectif quantifié national. Leur appel à la sous-traitance apparaît aussi moins marqué et leurs charges de personnel (hors personnel médical) plus élevées. D'interprétation peu significative pour les hôpitaux, la rentabilité économique et la trésorerie des cliniques s'améliorent depuis 2002. Comparable pour les hôpitaux et les cliniques en 2004, le rythme de renouvellement des immobilisations s'est accru sur la période pour les premiers et a ralenti pour les seconds. L'endettement des établissements apparaît quant à lui relativement limité.

**Béatrice LE RHUN,
Marie-Caroline LEGENDRE,
Marie PODEVIN
et Sébastien VILLERET**

Avec la collaboration de
Myriam MARTIN
Ministère de l'Emploi, de la cohésion sociale
et du logement
Ministère de la Santé et des solidarités
Drees



N° 489 • mai 2006

Version corrigée

Indicateurs de suivi économique et financier des établissements de santé de 2002 à 2004

LA TARIFICATION À L'ACTIVITÉ (T2A) a été mise en place progressivement dans les établissements publics de Médecine-chirurgie-obstétrique (MCO) à partir du 1^{er} janvier 2004¹. Ce principe de tarification a été mis en place à taux plein à partir du 1^{er} mars 2005 pour l'ensemble des cliniques privées MCO.

Afin de suivre les conséquences de cette nouvelle tarification, la Drees retient, en accord avec les fédérations d'établissements, cinq types d'indicateurs de suivi économique et financier des établissements de soins qui en analysent :

- l'activité économique à travers des indicateurs d'exploitation ;
- la rentabilité ;
- l'investissement et son financement ;
- l'endettement ;
- le fonds de roulement et la trésorerie.

Dans cette étude, les indicateurs sont calculés sur deux champs (encadré 1), les hôpitaux publics et les cliniques privées, à partir des règles propres aux deux systèmes de comptabilité². Sont pour l'instant exclus les établissements privés participant au service public hospitalier (PSPH), dont le recueil des comptes va faire l'objet d'une enquête spécifique. Les indicateurs retenus ont été calculés pour

1. À cette date, 10 % du financement de ces séjours relevait de la T2A, le reste étant toujours financé par dotation. En 2005, cette part de financement T2A était de 25 %, avant d'atteindre 35 % en 2006.

2. Les deux systèmes de comptabilité sont la nomenclature budgétaire M21 pour les hôpitaux publics et le Plan comptable général (PCG) pour les cliniques privées.

Champ de l'étude et disponibilité des données

Les indicateurs du secteur public sont calculés à partir des données de résultat et de bilan des établissements de santé de statut public (budget principal et budgets annexes). Ces données, issues de la Direction générale de la comptabilité publique (DGCP), sont disponibles à la fin de l'année n + 1 pour l'année n. Elles ont été croisées avec la Statistique annuelle des établissements (SAE) : tous les établissements qui n'étaient pas présents dans SAE ont été retirés de la base. Le nombre total d'établissements publics de santé considérés s'élève ainsi à 1033 en 2002 et 1031 en 2003 et 2004.

Les indicateurs des cliniques privées lucratives sont calculés à partir d'un échantillon de 739 établissements (sur plus de 1300 cliniques privées sous Objectif quantifié national (OQN) en 2004) dont les données de l'année n sont disponibles au début de l'année n + 2. Ces établissements sont les cliniques privées lucratives pour lesquelles les comptes sont disponibles à la fois en 2002, 2003 et 2004 auprès des tribunaux de commerce au moyen du logiciel Diane (Coface) et qui ont pu être croisés avec SAE. Les cliniques dont les données ne sont pas analysées (leurs données de l'année n n'étant pas disponibles au début de l'année n + 2) sont de plus petite taille que les autres³ mais peuvent tout de même avoir un impact sur la santé économique et financière du secteur.

En ce qui concerne les établissements PSPH, la Drees dispose aujourd'hui des comptes d'exploitation d'un échantillon de ces derniers, mais pas de données de bilan (une enquête est prévue à cet effet). La plupart des indicateurs retenus ne sont donc pas, dans un premier temps, calculables sur ce champ et leur recueil doit donner lieu en routine à partir de 2007 à une enquête spécifique sur les données de 2006. Cette étude porte ainsi sur les établissements hospitaliers publics ou privés hors PSPH (ensemble des établissements publics de santé, échantillon de cliniques privées MCO et hors MCO). Outre le secteur PSPH, elle pourrait être complétée dans l'avenir par une évaluation des indicateurs retenus sur le seul champ des séjours donnant lieu à une tarification à l'activité⁴.

* Source liste positive OQN de la DHOS.

** L'échantillon de cliniques analysées représente 55 % en nombre et près de 70 % en termes de chiffre d'affaires, cet écart démontrant que les cliniques dont les données ne sont pas analysées sont en moyenne de plus faible taille.

*** La nouvelle nomenclature M21 applicable à partir du 1^{er} janvier 2006 procède à une distinction comptable entre ce qui relève des séjours tarifés à la T2A, les missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation (MIGAC) et de fait les autres activités (moyen séjour, psychiatrie).

les années 2002, 2003 et 2004, «point zéro» au démarrage de la T2A.

Bien sûr, cette grille de lecture commune ne gomme pas pour autant les spécificités sectorielles. La lecture et l'interprétation fine des indicateurs retenus diffèrent d'ailleurs souvent d'un secteur à l'autre. En effet, les hôpitaux publics se situent dans le cadre du service public, alors que les cliniques sont des entreprises privées de services de santé, ce qui induit des différences de vocabulaire et de concepts. En outre, sur la période considérée, le financement du secteur public relevait majoritairement de la Dotation globale (DG), tandis que celui du secteur privé était fondé sur un système mixte, à la journée et à l'acte, dont les dépenses sont régulées par l'Objectif quantifié national (OQN). Ces caractéristiques sous-tendent des logiques de gestion budgétaire et financière différentes avec, en particulier, des différences concernant l'interprétation du concept de rentabilité économique.

Les indicateurs moyens présentés par secteur dans cette étude devront en outre être complétés d'éléments analysant les disparités des situations au sein de chaque secteur, en fonction des données disponibles.

L'exploitation

Le chiffre d'affaires (CA) désigne le total des ventes de biens et de services réalisées par un établissement sur une période donnée⁵, et constitue à ce titre l'indicateur économique de base de l'activité des cliniques. Les produits bruts retracent la production d'une structure sur une période donnée et constituent donc un indicateur de l'activité des hôpitaux publics⁶. Un parallèle prudent peut être établi avec le CA des cliniques, en considérant uniquement le compte 70 (produits)⁷ dont la valeur représente la plus grande part de celle des produits bruts (comptes 70, 71 et 72).

En termes de niveau, les ordres de grandeur de ces indicateurs diffèrent à

l'évidence largement entre les deux secteurs. Le produit brut du secteur public atteint, en 2004, près de 52 milliards d'euros, contre un CA de moins de 7 milliards d'euros pour l'échantillon de cliniques. Le chiffre d'affaires total de l'ensemble des cliniques est estimé à partir de l'OQN et des comptes nationaux de la santé à 10 milliards d'euros, dont 8,5 milliards d'euros remboursés par la Sécurité sociale au titre de l'OQN⁶. Les hôpitaux publics concentrent donc plus de 80 % des produits des deux secteurs.

À titre illustratif mais non directement comparatif, dans la mesure où les produits et charges du secteur privé ne comprennent pas les honoraires des médecins libéraux, le nombre de séjours (entrées et venues) réalisés dans les hôpitaux publics en 2004 est de 13,5 millions, soit 67 % de l'ensemble des séjours des secteurs public et privé⁷, contre 6,7 millions pour le secteur privé⁸. Le nombre de journées d'hospitalisation s'élève, en 2004, à 87,2 millions pour les hôpitaux publics (75 % de l'ensemble des journées réalisées par les deux secteurs), contre 28,4 millions pour le secteur privé.

En termes d'évolution, les produits du secteur hospitalier ont progressé sensiblement entre 2002 et 2004, mais plus fortement pour les cliniques privées (autour de 8 % de croissance annuelle sur la période) que pour les hôpitaux publics (environ 5,5 %).

La valeur ajoutée (VA), différence entre le chiffre d'affaires (ou les pro-

3. Chaque indicateur est défini en annexe.

4. Les produits bruts constitueront un indicateur plus pertinent de l'activité des hôpitaux publics lorsque la T2A sera généralisée.

5. Voir annexe définition comptable des indicateurs.

6. Arrêté du 25 février 2004 pris en application de l'article L. 162-22-2 du code de la Sécurité sociale fixant l'OQN, pour l'année 2004, des établissements mentionnés à l'article L. 6114-3 du code de la santé publique.

7. Le champ des établissements considéré correspond aux hôpitaux publics pour le secteur public et aux cliniques privées sous OQN pour le secteur privé; en sont donc exclus les établissements privés sous DG.

8. «L'activité des établissements de santé en 2004 en hospitalisation complète et partielle», V. Carrasco, M. Coldefy, C. Deroin, P. Lombardo et E. Thomson, Drees, *Études et Résultats*, n° 456, décembre 2005.

T
•01 indicateurs d'exploitation

PUBLIC (exhaustif)					PRIVÉ (échantillon de 739 cliniques)				
2002	2003	2003-2002	2004	2004-2003	2002	2003	2003-2002	2004	2004-2003
46554	49232	5,8 %	51788	5,2 %	5845	6352	8,7 %	6831	7,5 %
46561	49238	5,7 %	51799	5,2 %	5847	6354	8,7 %	6833	7,5 %
34625	36423	5,2 %	38152	4,7 %	3272	3570	9,1 %	3865	8,3 %
74,4 %	74,0 %	- 0,4	73,7 %	- 0,3	56,0 %	56,2 %	0,2	56,6 %	0,4
34192	35835	4,8 %	37136	3,6 %	Non calculable à partir de Diane*				
31361	32845	4,7 %	33920	3,3 %	2709	2911	7,5 %	3096	6,4 %
67,4 %	66,7 %	- 0,7	65,5 %	- 1,2	46,3 %	45,8 %	- 0,5	45,3 %	- 0,5
27344	28449	4,0 %	29340	3,1 %	2709	2911	7,5 %	3096	6,4 %
58,7 %	57,8 %	- 1,0	56,7 %	- 1,1	46,3 %	45,8 %	- 0,5	45,3 %	- 0,5

* Le compte consacré au « personnel extérieur à l'établissement » (621) n'est pas individualisable à partir des données disponibles.

Note de correspondance entre certaines notions :

Produits bruts = (CA ou produits) + production stockée + production immobilisée.

Masse salariale = charges de personnel + intérim.

Sources : DGCP pour le secteur public, Diane pour le secteur privé, calculs Drees.

duits) et les achats et charges externes, donne une mesure de l'importance économique des établissements en termes de richesse produite. À nouveau, le poids des établissements publics (38 milliards d'euros en 2004) apparaît nettement plus important que celui du secteur privé (moins de 4 milliards d'euros sur l'échantillon en 2004). En revanche, et au même titre que les produits, la VA des cliniques progresse plus rapidement sur la période (autour de 9 %) que celle des hôpitaux publics (autour de 5 %).

Le taux de valeur ajoutée (rapport de la VA à la production de l'exercice) donne une mesure du degré d'intégration de l'activité des établissements et de recours externe tel que la sous-traitance par exemple. Les établissements publics ont, en moyenne, un taux de VA de presque 74 %, supérieur à celui des cliniques privées (57 % environ), ce qui suggère une différence d'organisation

générale de l'activité, l'appel à la sous-traitance ou l'externalisation étant plus courant dans le secteur privé que dans le secteur public. Le taux de VA a toutefois tendance à diminuer dans le secteur public (-0,7 point entre 2002 et 2004) alors qu'il tend à s'accroître dans le secteur privé (+0,6 point).

La comparaison des charges de personnel entre les deux secteurs est complexe : celles-ci comprennent les salaires des médecins des établissements anciennement financés par la DG, alors que, pour les établissements anciennement sous OQN, elles ne comprennent pas les honoraires des médecins libéraux qui y interviennent.

Les charges de personnel, incluant les charges salariales et patronales, progressent moins rapidement que les produits du secteur public ou le chiffre d'affaires des cliniques entre 2002 et 2004. Pour le secteur privé, le ratio charges de personnel sur CA, qui ne

prend pas en compte les honoraires du personnel médical, s'élève à 45,3 % en 2004. Pour le secteur public, ce ratio prend en compte les salaires du personnel médical et atteint 65,5 % en 2004. Du fait de cette différence de prise en compte, ce ratio n'est pas comparable entre secteurs. Les charges liées au personnel médical représentent environ 13 % de l'ensemble des charges de personnel des hôpitaux publics, le ratio ne tenant pas compte de ces charges est de l'ordre de 56,7 % dans ces établissements.

La rentabilité

Motivée par la recherche d'une meilleure adéquation entre le niveau de financement, d'une part, et le volume et la nature de l'activité des établissements, d'autre part, la T2A introduit un écart entre les coûts de fonctionnement et les tarifs rémunérant l'activité des établissements – écart qui peut permettre aux éta-

T
•02 indicateurs de rentabilité

PUBLIC (exhaustif)					PRIVÉ (échantillon de 739 cliniques)				
2002	2003	2003-2002	2004	2004-2003	2002	2003	2003-2002	2004	2004-2003
1558	1552	- 0,4 %	1788	15,2 %	280	302	8,1 %	384	26,8 %
3,3 %	3,2 %	- 0,1	3,5 %	0,3	4,8 %	4,8 %	0,0	5,6 %	0,8
401	236	- 41,1 %	475	100,9 %	62	78	25,6 %	125	60,4 %
0,9 %	0,5 %	- 0,4	0,9 %	0,4	1,1 %	1,2 %	0,1	1,8 %	0,6
2,2 %	1,3 %	- 1,0	2,5 %	1,2	5,8 %	7,0 %	1,2	9,7 %	2,7

Sources : DGCP pour le secteur public, Diane pour le secteur privé, calculs Drees.

blissements anciennement sous DG (elle existait déjà pour les établissements anciennement sous OQN) de générer un bénéfice ou de faire face à une perte.

L'excédent brut d'exploitation (EBE) est une première approche du résultat de l'établissement. Indépendant des systèmes d'amortissement, de la réglementation fiscale, de la structure financière et des produits et charges exceptionnels, l'EBE est un bon indicateur des résultats liés à l'activité même d'un établissement. Il donne une mesure de la marge que l'établissement dégage de son exploitation courante pour financer ses charges financières, ses amortissements et ses provisions, et donc ses investissements, et, dans le cas des cliniques, pour rémunérer ses actionnaires. Le niveau et l'évolution du taux de marge brute d'exploitation (soit le rapport entre l'EBE et le CA ou les produits) varient d'un secteur à l'autre et ont connu des fluctuations importantes selon les années: la variation a été sur deux ans de + 0,2 point dans le secteur public pour un niveau de 3,5 % en 2004, contre + 0,8 point dans le secteur privé pour atteindre 5,6 %.

La prise en compte du système d'amortissement, de la réglementation fiscale, de la structure financière et des éléments exceptionnels, en complément de l'EBE, permet de calculer le résultat net comptable. Le rapport entre le résultat net comptable et le chiffre d'affaires pour les cliniques ou les produits pour les hôpitaux publics constitue **la rentabilité économique**. Il permet d'analyser la part de la production d'un exercice qui pourra être mobilisée lors des exercices suivants, notamment pour les investissements. Ne prenant pas en compte la notion de risque, son impact

pour l'analyse des décisions de financement est limité. Cet indicateur est néanmoins souvent mobilisé pour évaluer la santé économique et financière des cliniques.

La rentabilité économique des hôpitaux publics retrouve en 2004 son niveau de 2002 (0,9 %), après avoir diminué en 2003. La rentabilité économique du secteur privé est quant à elle de 1,8 % en 2004, en augmentation de 0,7 point sur deux années. Toutefois, les contraintes liées à la comptabilité publique (gestion de l'équilibre des charges et des produits) et le mode de financement par DG induisent un mode de gestion trop différent des hôpitaux publics pour être rapproché de celui des cliniques privées. Il est donc nécessaire de considérer avec grande prudence ce concept de rentabilité économique dans le secteur public.

La rentabilité financière mesure normalement les marges potentiellement dégagées pour les actionnaires d'une entreprise et présente ainsi un intérêt pour envisager ses perspectives de développement. La rentabilité financière est mesurée par le ratio résultat net comptable sur capitaux propres.

À nouveau, pour les hôpitaux publics, cette seconde notion de rentabilité, même si elle est calculable, ne recouvre pas une signification évidente, ce ratio ne pouvant, évidemment, pas être interprété en termes de marges dégagées pour des actionnaires. En effet, les capitaux propres du secteur public (principalement des dotations provenant de l'État et d'autres organismes) ne donnent pas lieu à rémunération. Contrairement aux cliniques privées, l'interprétation de ce ratio pour les hôpitaux reste donc encore à construire.

Les capitaux propres des cliniques privées sont souvent considérés comme sous-évalués, puisque la location d'immobilisations à des sociétés périphériques (de type sociétés civiles immobilières [SCI] ou de moyens [SCM]) dans le cadre de montages juridiques complexes, est une pratique courante dans ce secteur. Dans ce cas, les investissements immobiliers (et donc les capitaux propres et les dettes correspondantes) sont enregistrés au sein des comptes des SCI, les cliniques enregistrant en contrepartie des loyers. Cela biaise l'analyse et la comparaison de la rentabilité financière entre cliniques. Sur le champ étudié cependant, la rentabilité financière progresse de près de 4 points entre 2002 et 2004 pour atteindre pratiquement 10 %. Ce ratio moyen varie en fonction de la taille et du type d'établissement.

L'investissement et son financement

Les décisions d'investissement des établissements sont liées à leur situation financière et conditionnent, à terme, la pérennité et la qualité de leur activité.

L'investissement est ici appréhendé par les augmentations par acquisitions, apports et créations des comptes d'immobilisation de l'exercice en cours⁹.

9. Dans le secteur privé, la définition retenue majore légèrement l'investissement du fait de la prise en compte des virements de poste à poste (immobilisations amorcées sur un exercice précédent et terminées au cours de l'exercice), non individualisables à partir de Diane. En outre, cette définition est différente de celle utilisée dans « l'évolution de la situation économique et financière des cliniques privées entre 2002 et 2003 », B. Le Rhun et M.-C. Legendre, Drees, *Études et Résultats*, n° 411, juillet 2006, qui se caractérise par l'ensemble des flux d'immobilisations intervenus entre les deux années.

4

T • 03 indicateurs d'investissement

PUBLIC (exhaustif)					PRIVE (échantillon de 739 cliniques)				
2002	2003	2003-2002	2004	2004-2003	2002	2003	2003-2002	2004	2004-2003
6,5 %	7,1 %	0,6	8,0 %	0,9	Taux de renouvellement des immobilisations				
5,7 %	5,7 %	0,0	6,8 %	1,0	Capacité d'autofinancement (% des produits ou CA)				
2,6	2,7	0,1	2,7	0,0	Rotation des capitaux propres (années de capitaux propres)				

Sources : DGCP pour le secteur public, Diane pour le secteur privé, calculs Drees.

Le taux de renouvellement des immobilisations indique le rythme d'investissement d'une structure. Au sein des établissements sous OQN, le niveau de l'actif immobilisé apparaît toutefois minoré dans la mesure où un certain nombre de cliniques louent à des sociétés civiles immobilières (SCI) les locaux au sein desquels elles produisent des soins. D'une année sur l'autre, les immobilisations varient en débit (augmentation par acquisitions, apports, créations – réévaluation – virements de poste à poste) mais aussi en crédit (mises hors service – cessions – virements de poste à poste). Le rythme de renouvellement des immobilisations est relativement proche dans les hôpitaux publics et dans les cliniques privées en 2004 (8 % dans le secteur public, environ 9 % dans le secteur privé). En revanche, le taux de renouvellement des immobilisations du secteur public s'est accru de 1,5 point entre 2002 et 2004 tandis qu'il diminue de 0,4 point dans le secteur privé. Le plan Hôpital 2007, visant à soutenir l'investissement des établissements de santé dont les premiers versements ont été effectués en 2003, est sans doute en partie à l'origine de cette hausse.

La capacité d'autofinancement (CAF), différence entre les produits encaissables récurrents et les charges décaissables récurrentes¹⁰, mesure les ressources restant à la disposition d'une structure à la fin de son exercice afin de financer son développement futur. La CAF rapportée aux produits ou au CA a augmenté dans les deux secteurs sur la période, atteignant, en 2004, près de 7 % pour les hôpitaux publics et 5 % pour les cliniques privées, ce qui semble

le signe de marges de développement pour l'avenir. L'augmentation a été plus forte au sein des hôpitaux publics que des cliniques (respectivement de 1 et 0,2 point), d'où un écart intersectoriel plus élevé en 2004 qu'en 2002.

La rotation des capitaux propres, égale au rapport des produits ou du CA sur les capitaux propres, mesure le niveau de capitalisation d'une structure. L'existence de SCI dans le secteur des cliniques conduit à ce que cet indicateur ne soit pas forcément pertinent en moyenne, son interprétation invite donc à la prudence. Le CA des cliniques représente ainsi 5,3 années de leurs capitaux propres, alors que les produits des hôpitaux publics n'en représentent que 2,7 années. D'évolution peu significative sur la période, ces différences entre les deux secteurs peuvent pour une part refléter l'effet des SCI sur le montant des fonds propres des cliniques privées.

L'endettement

Le taux d'endettement (dettes à moyen et long terme rapportées aux capitaux permanents) mesure le poids de l'endettement d'une structure dans l'ensemble de ses ressources stables. Ce ratio peut être notamment analysé par les banques et les autres organismes prêteurs à l'occasion d'un emprunt, et il est souvent considéré que ce ratio ne devrait pas en principe excéder 50 %, sans que ce seuil soit forcément directement applicable au secteur hospitalier. Le taux d'endettement moyen des deux secteurs, qui tend à se rapprocher sur la période, reste toutefois, en 2004, limité à 34 % dans le secteur public et à environ 38 % dans le secteur privé.

La capacité de remboursement permet d'identifier dans quelle mesure la capacité d'autofinancement d'une structure peut lui permettre de financer les remboursements de ses dettes financières. En analyse financière, les banques considèrent souvent que les dettes financières ne doivent pas représenter plus de trois fois la valeur de la CAF (ou trois années de CAF). Cette norme est à considérer avec prudence, dans la mesure où il n'est pas évident qu'elle soit transposable en l'état au secteur hospitalier. La capacité de remboursement moyenne des deux secteurs apparaît cependant proche de ce seuil. Celle du secteur public est en 2004 voisine de 3,1 années de CAF, celle du secteur privé, inférieure, est de 2,6 années de CAF. Les deux sont toutefois en diminution entre 2002 et 2004.

Le taux de rotation des dettes aux fournisseurs et les délais de règlement aux fournisseurs sont enfin deux indicateurs permettant de mesurer le délai moyen (en jours) de paiement des dettes aux fournisseurs.

En 2004, les hôpitaux publics règlent, en moyenne, leurs fournisseurs dans un délai correspondant à 65 jours d'achats et charges externes, alors que les cliniques les règlent sous 85 jours, délai en diminution dans les deux secteurs par rapport à 2002.

10. Les dotations aux amortissements et provisions, les reprises sur amortissements et provisions ainsi que les produits et charges considérés comme non récurrents, soit principalement celles relatives aux cessions d'immobilisations, sont ainsi exclus du calcul de la CAF.

T • 04 indicateurs d'endettement

PUBLIC (exhaustif)					PRIVÉ (échantillon de 739 cliniques)					
2002	2003	2003-2002	2004	2004-2003	2002	2003	2003-2002	2004	2004-2003	
32,8 %	33,2 %	0,4	34,0 %	0,9	Taux d'endettement	39,4 %	40,5 %	1,1	38,1 %	-2,4
3,5	3,5	0	3,1	-0,4	Capacité de remboursement (en années de CAF)	2,8	2,9	0,1	2,6	-0,3
41,4	37,1	-4,3	34,2	-2,9	Taux de rotation des dettes (en jours de dettes fournisseurs)	Non calculable à partir de Diane				
77,7	71,1	-6,6	65,5	-5,6	Délais de règlement aux fournisseurs (en jours d'achats et charges externes)	91,1	90,4	-0,7	85,1	-5,3

Sources : DGCP pour le secteur public, Diane pour le secteur privé, calculs Drees.

T
•05 indicateurs de fonds de roulement et de trésorerie

PUBLIC (exhaustif)*					PRIVÉ (échantillon de 739 cliniques)				
2002	2003	2003-2002	2004	2004-2003	2002	2003	2003-2002	2004	2004-2003
6296	6024	- 4,3%	7 113	18,1%	FRNG (M d'euros)				
49,4	44,7	- 4,7	50,1	5,5	FRNG (en jours de CA ou produits)				
4905	4326	- 11,8%	4816	11,3%	BFR (M d'euros)				
38,5	32,1	- 6,4	33,9	1,9	BFR (en jours de CA ou produits)				
128,4%	139,2%	10,9	147,7%	8,5	FRNG/BFR				
1298	1682	29,6%	2223	32,2%	Trésorerie (M d'euros)				

* L'égalité « Trésorerie = FRNG – BFR » n'est pas strictement vérifiée pour les hôpitaux publics compte tenu de légers déséquilibres de bilan au sein des données comparables.
** Le calcul de ce taux de croissance n'a pas de signification statistique.
** Le calcul du ratio FRNG sur BFR pour les cliniques n'a pas de signification sur la période, étant donné que le BFR est négatif.
Sources : DGCP pour le secteur public, Diane pour le secteur privé, calculs Drees.

Le fonds de roulement et la trésorerie

Le fond de roulement net global (FRNG) correspond à la différence entre les ressources stables et les emplois stables et doit en principe être positif. Cependant, l'échelle de valeurs de l'indicateur dépend du secteur d'activité de l'établissement, de son organisation, de sa « taille » et de son mode de fonctionnement. L'augmentation des ressources stables peut être provoquée soit par l'apport de nouveaux capitaux propres, soit par la contraction de dettes à long terme, qui peut révéler une moindre autonomie financière. D'autre part, une éventuelle diminution des emplois stables peut refléter des restructurations et une réduction des capacités d'activité et d'exploitation. La diminution du FRNG peut se révéler intentionnelle et motivée par le financement de nouveaux investissements rentables à long terme. Enfin, s'il est stable, la situation peut sembler figée. Un diagnostic de rentabilité doit alors affiner l'interprétation de l'indicateur.

Le besoin en fonds de roulement (BFR) traduit principalement le décalage entre les achats et les ventes de stocks, ainsi que celui entre les règlements des créances clients et des dettes fournisseurs. En d'autres termes, les opérations comptables n'ont pas lieu en temps réel et peuvent nécessiter, de fait, des besoins de ressources pour alimenter ces décalages que mesure ce ratio.

La trésorerie, écart entre le FRNG et le BFR, mesure le degré d'ajustement du fonds de roulement au besoin en

fonds de roulement estimé. Si le FRNG est inférieur au BFR, la trésorerie est négative et des concours ou découverts bancaires peuvent être nécessaires.

En 2004, le FRNG est globalement de 7 milliards d'euros dans les hôpitaux et de 33 millions d'euros dans les cliniques privées. Même rapporté respectivement aux produits et au chiffre d'affaires, le FRNG reste, en moyenne, nettement supérieur dans le secteur public (50 jours de produits, contre moins de 2 jours de chiffre d'affaires pour les cliniques privées). En revanche, le besoin en fonds de roulement des cliniques privées est négatif sur la période, ce qui témoigne de ressources de trésorerie apportées par l'exploitation. En d'autres termes, les décalages à court terme entre les charges et les produits permettent au secteur privé de bénéficier de ressources supplémentaires et de disposer d'une trésorerie positive (490 millions d'euros en 2004). Dans le secteur public, le BFR est positif et plus faible que le FRNG. Les hôpitaux publics disposent ainsi également d'une trésorerie positive. La trésorerie des établissements publics n'est toutefois, compte tenu de leurs règles de gestion, qu'un indicateur peu significatif de la santé de ces établissements. Dans le cadre de la mise en place de la T2A, la trésorerie pourrait devenir dans les hôpitaux publics un objectif plus significatif. Même si elle reste plus faible que celle des cliniques privées, la trésorerie moyenne des hôpitaux publics progresse de 2002 à 2004, ce que la perspective de la T2A peut expliquer en partie. En effet, le rapport FRNG sur BFR passe de 130% en 2002 à près de 150% en 2004.

L'adoption de ces grilles communes de suivi aux secteurs public et privé ne doit pas occulter leurs spécificités, en particulier, outre ce qui a déjà été noté concernant l'interprétation des ratios de rentabilité, les reports de charges pratiqués dans le secteur public. Il s'agit de dépenses afférentes à l'exercice en cours, mais réglées avec les crédits de l'exercice suivant. Ces dépenses, qui pour des raisons techniques (facture tardivement adressée par exemple) ne sont pas payées sur l'exercice en cours, sont enregistrées au compte 6728 (« autres charges sur exercices antérieurs ») de l'exercice suivant. Il semble en être de même depuis plusieurs années, dans certains établissements, pour des reports de charges correspondant à des dépenses qui n'ont pu être payées faute de crédits suffisants. Selon les données de la Direction générale de la comptabilité publique, les charges relatives au compte 6728 ont presque doublé entre 2002 et 2004 pour s'établir à 712 M d'euros, soit un montant proche du résultat net du secteur¹¹. Enfin, d'autres reports de charges peuvent transiter par d'autres comptes, et seraient donc difficiles à identifier. Les reports de charges non résorbés au début de l'exercice 2005 pourraient à cet égard fragiliser la situation économique ultérieure des hôpitaux publics. ●

11. Les charges qui auraient dû être enregistrées sur l'exercice en cours minorent le résultat exceptionnel de l'exercice suivant, et donc le résultat net comptable.

Annexe : définition comptable des indicateurs

• L'EXPLOITATION

Chiffre d'affaires (CA) dans le secteur privé et produits dans le secteur public

Compte 70*

Produits bruts

Comptes 70* + 71 (production stockée) + 72 (production immobilisée)

Valeur ajoutée (VA)

Comptes 70* + 71 (production stockée) + 72 (production immobilisée) - 60 (achats et variations de stocks) - 61 (services extérieurs) - 62 (autres services extérieurs), soit la différence entre les produits bruts et les achats et charges externes

Masse salariale

Comptes 64 (charges de personnel) + 621 (charges de personnels extérieurs à l'établissement) + 631 [impôts, taxes et versements assimilés sur rémunérations (administration des impôts)] + 633 [impôts, taxes et versements assimilés sur rémunérations (autres organismes)]

Charges de personnel

Compte 64 (charges de personnel)

• LA RENTABILITÉ

Excédent brut d'exploitation (EBE)

Comptes 70* + 71 (production stockée) + 72 (production immobilisée) + 74 (subventions d'exploitation) - 60 (achats et variations de stocks) - 61 (services extérieurs) - 62 (autres services extérieurs) - 63 (impôts, taxes et versements assimilés) - 64 (charges de personnel), soit la valeur ajoutée (VA) ainsi que les subventions d'exploitation - les impôts et taxes et les charges de personnel

Résultat net comptable (RNC)

Comptes de classe 7 (produits) - 6 (charges)

Rentabilité économique

[(Comptes de classe 7 (produits) - 6 (charges)) sur compte 70, soit le résultat net comptable rapporté au chiffre d'affaires pour les cliniques et aux produits pour les hôpitaux publics]

Rentabilité financière

[(Comptes de classe 7 (produits) - 6 (charges)) sur [comptes 10 (capital et réserves) + 11 (report à nouveau) + 12 (résultat de l'exercice) + 13 (subventions d'investisse-

ments) + 14 (provisions réglementées)], soit le résultat net comptable rapporté aux capitaux propres

• L'INVESTISSEMENT ET SON FINANCEMENT

Taux de renouvellement des immobilisations

Rapport entre les investissements réalisés d'une période [augmentation par acquisitions, créations, apports des comptes d'immobilisations (comptes 20, 21, 22, 23, 26, 27)] sur le total de l'actif immobilisé enregistré en fin de période [solde des comptes d'immobilisations (20, 21, 22, 23, 26, 27)]

Capacité d'autofinancement (CAF)

EBE + produits encaissables [comptes 75 (autres produits de gestion courante), 76 (produits financiers), 77 (produits exceptionnels) hors 775 (produits de cessions d'éléments d'actifs), 777 (quote-part des subventions d'investissement virée au résultat de l'exercice) et 778 (autres produits exceptionnels) et 79 (transferts de charges)] - charges décaissables [comptes 65 (autres charges de gestion courante), 66 (charges financières), 67 (charges exceptionnelles) hors 675 (valeurs comptables des éléments d'actifs cédés) et 678 (autres charges exceptionnelles), 691 (participation des salariés) et 695 (impôts sur les bénéficiaires)]

Rotation des capitaux propres

Compte 70* sur [comptes 10 (capital et réserves) + 11 (report à nouveau) + 12 (résultat de l'exercice) + 13 (subventions d'investissements) + 14 (provisions réglementées)], soit le chiffre d'affaires ou les produits sur les capitaux propres

• L'ENDETTEMENT

Taux d'endettement

Comptes 16 (emprunts et dettes assimilées) et 17 (dettes rattachées à des participations)** sur [comptes 10 (capital et réserves), 11 (report à nouveau), 12 (résultat de l'exercice), 13 (subventions d'investissements), 14 (provisions réglementées), 15 (provisions pour risques et charges), 16 (emprunts et dettes assimilées) et 17 (dettes rattachées à des participations)**], soit les dettes sur les capitaux permanents

Capacité de remboursement

Comptes 16 (emprunts et dettes assimilées) et 17 (dettes rattachées à des participations)* sur CAF

Délais de règlement aux fournisseurs

Solde du compte 40 (fournisseurs et comptes rattachés) multiplié par 365 sur crédits des comptes 60 (achats), 61 et 62 (autres charges externes)

Taux de rotation des dettes fournisseurs

Solde du compte 4011 (fournisseurs de l'exercice courant) multiplié par 365 sur crédits du compte 4011

• LE FONDS DE ROULEMENT ET LA TRÉSORERIE

Fonds de roulement net global (FRNG)

Ressources stables (RS) - emplois stables (ES)

Le FRNG peut être exprimé en montants ou en jours de chiffre d'affaires ou produits (FRNG multiplié par 365 sur le compte 70)

Besoin en fonds de roulement (BFR)

Actif circulant - passif circulant

Le BFR peut être exprimé en montants ou en jours de chiffre d'affaires ou produits (BFR multiplié par 365 sur le compte 70)

Trésorerie

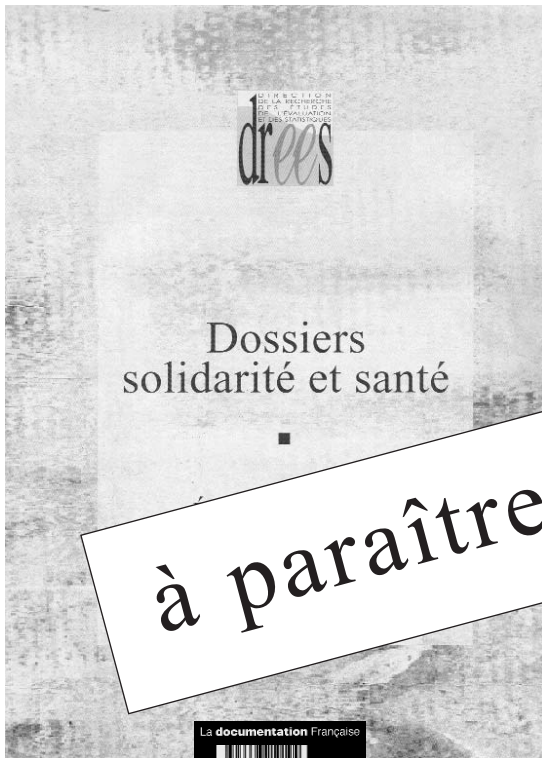
FRNG - BFR

* Le compte 70 n'a pas le même intitulé au sein du PCG (ventes de produits fabriqués, prestations de services, marchandises) et de la M21 (produits).

** Le compte 17 (dettes rattachées à des participations) existe uniquement au sein du PCG et n'a pas d'équivalent au sein de la M21.

DOSSIERS SOLIDARITÉ ET SANTÉ

N° 1 JANVIER - MARS 2006



à paraître

LES PROFESSIONS DE SANTÉ ET LEURS PRATIQUES

Prix : 11,60 euros (4 numéros par an)

Les Dossiers solidarité et santé
sont diffusés par la Documentation
Française
29, quai Voltaire - 75344 Paris cedex 07

8

Renseignements,
commande et abonnement annuel au :
01 40 15 70 00

Commande en ligne :
www.ladocfrancaise.gouv.fr

Derniers numéros parus :

- Les revenus sociaux en 2004
N° 4, octobre-décembre 2005
- Études diverses
N° 3, juillet-septembre 2005
- Études diverses
N° 2, avril-juin 2005
- Études sur les dépenses de santé
N° 1, janvier-mars 2005
- Études diverses
N° 3, juillet-septembre 2004

au sommaire de ce numéro

LES ÉVOLUTIONS DÉMOGRAPHIQUES DES PROFESSIONS DE SANTÉ

Daniel SICART

LES SALARIÉS DANS LE SECTEUR HOSPITALIER EN 2003

Marc COLLET

LES TROIS PREMIÈRES ANNÉES DE CARRIÈRE DES INFIRMIERS DE LA GÉNÉRATION 2001

Rémy MARQUIER et Salah IDMACHICHE

LES REVENUS LIBÉRAUX DES CHIRURGIENS-DENTISTES, INFIRMIERS ET MASSEURS-KINÉSITHÉRAPEUTES

Nadine LEGENDRE

UNE TYPOLOGIE DES RECOURS URGENTS OU NON PROGRAMMÉS À LA MÉDECINE DE VILLE

Marie GOUYON

LES EFFETS DE LA MISE EN OEUVRE DE SYSTÈMES DE PAIEMENTS PROSPECTIFS DE TYPE T2A SUR LA QUALITÉ : UNE APPROCHE À PARTIR DE LA LITTÉRATURE INTERNATIONALE

Frédéric BOUSQUET, Pierre LOMBRAIL, Anne-Lise GUISSET

drees

ÉTUDES et RÉSULTATS

N° 489 • mai 2006

Directrice de la publication : Mireille ELBAUM • Rédactrice en chef technique : Elisabeth HINI • Conseiller technique : Gilbert ROTBART
Secrétaires de rédaction : Ezra DANIEL, Catherine DEMAISON, Sarah NETTER • Mise en page : La souris
Impression : AIT du ministère de la Santé et des solidarités
Internet : www.sante.gouv.fr/html/publication

Reproduction autorisée sous réserve de la mention des sources - ISSN 1146-9129 - CPPAP 0506 B 05791