



Conférence
des
Directeurs Généraux
de CHU

ANALYSE DES REPORTS DE CHARGES 2003 DANS LES HOPITAUX

SOMMAIRE

Introduction	p 3
1 – Le report de charges : un mécanisme complexe.....	p 3
1.1. Qu'est-ce qu'un report de charges.....	p 3
1.2. Les reports de charges peuvent être multiformes et peu visibles.....	p 3
2 – Le report de charges : un dysfonctionnement grave	P 4
3 – L'impérieuse nécessité d'objectiver et de mesurer ce phénomène.....	p4
1ère Partie : La méthode de l'étude	p 5
1.1. Une enquête nationale	p 5
1.2. Un questionnaire nécessairement technique mais simplifié.....	P 5
1.3. Les indicateurs calculés	P 6
2ème Partie : Les résultats bruts de l'étude	P 7
2.1. Représentativité de l'enquête	p 7
2.2. Les résultats bruts	p 7
2.2.1. Evolution du c/6728 depuis 1998	p 7
2.2.2. Reports de charges bruts	p 8
2.2.3. Reports de charges nets réels	p 9
Conclusion	p 10
1 – Les reports de charges sont bien une réalité	p 10
2 – Les reports de charges s'amplifient	p 11
3 – Ils perturbent considérablement la mise en œuvre de la T2A	p 11
4 – La T2A peut atténuer ce phénomène à certaines conditions.....	p 11
5 – Le problème de fond : un choix de société sans cesse repoussé.....	p 11
6 – FHF et Conférences : des propositions réalistes et responsables	p 12

INTRODUCTION : ***pourquoi une étude sur les « reports de charges » ?***

1 – le report de charges : un mécanisme complexe

1.1 Qu'est-ce qu'un report de charges ?

De manière générale et simplifiée, un « report de charge » représente une dépense qui aurait, normalement, dû être financée sur l'exercice en cours et qui, par insuffisance de crédits, a finalement été payée sur l'exercice suivant, avec les crédits de l'exercice suivant.

La nomenclature comptable prévoit d'enregistrer les dépenses qui, pour des raisons techniques (par exemple, facture envoyée trop tard par le fournisseur etc.), n'ont pu être payées sur l'exercice en cours. C'est le compte 6728, intitulé « autres charges sur exercices antérieurs » qui est théoriquement destiné à enregistrer ces dépenses. L'existence de sommes inscrites à ce compte n'est donc pas, en soi, préoccupante ou significative de problèmes budgétaires. La difficulté apparaît lorsque les sommes inscrites à ce compte ne représentent plus des dépenses n'ayant pu être payées pour des raisons techniques, mais des dépenses qui auraient dû être payées sur l'exercice en cours et qui n'ont pu l'être, faute de crédits suffisants.

Il s'agit donc là d'un détournement de la réglementation, destiné à pallier une insuffisance de crédits, pudiquement masquée en « charge reportée sur l'exercice suivant ».

1.2 Les reports de charges peuvent être multiformes et peu visibles

La situation est d'autant plus complexe que les reports de charges peuvent être multiformes. En effet, le compte 6728 ne recouvre pas la totalité des charges réellement reportées, le besoin de financement théorique peut être bien supérieur à celui visible sur ce compte. C'est pourquoi cette étude a consisté à évaluer la réalité du compte 672.8 mais a également tenté de mesurer les autres charges reportées ainsi que les situations d'apparence plus favorables, mais où les charges sont, en réalité, couvertes par des crédits budgétaires destinés à d'autres usages. Exemple :

- Les charges non payées et non rattachées à l'exercice concerné

Faute de crédits suffisants, certaines charges ne peuvent être payées sur l'exercice. Elles le sont donc sur l'exercice suivant, qui doit alors supporter, à la fois, la dépense de l'année écoulée plus celle de l'année en cours. Or, si les crédits étaient déjà insuffisants l'année écoulée, il y a bien peu de chances pour que ceux de l'exercice suivant permettent de supporter le double de la dépense !

C'est fréquemment le cas de la taxe sur les salaires ou encore de la prime de service dont le paiement complet ou partiel est assuré, contrairement à ce que prévoit la réglementation, sur les crédits de l'année suivante.

- Les situations masquées par des vacances de postes

Pour des raisons de difficultés de recrutement, les crédits correspondants à des postes de médecins non pourvus sont parfois utilisés pour financer d'autres dépenses. Ce type de pratique peut alors donner l'apparence d'une situation saine ou moins dégradée. C'est pourquoi, il était indispensable d'intégrer ce facteur pour mesurer la réalité du besoin de financement.

- Les reprises sur excédents ou provisions

Le besoin de financement peut également paraître atténué du fait des reprises sur les excédents antérieurs voir sur des provisions initialement constituées pour financer à terme des opérations bien précises. Il s'agit, là encore, d'un détournement de la réglementation, destiné à limiter les effets des insuffisances de crédits.

2 - Le report de charges : un dysfonctionnement grave

Cette pratique correspond en réalité à un véritable dysfonctionnement qui pénalise gravement les établissements amenés à y recourir. D'une part, elle fausse complètement l'image de leur coût annuel réel de fonctionnement. D'autre part, dans le cas des établissements structurellement «sous-dotés», elle ampute systématiquement et dès le début de l'année, le budget en cours, du montant des charges reportées, réduisant d'autant les moyens réellement disponibles.

Par un effet cumulatif bien connu, de type « boule de neige », ces sommes s'additionnent d'année en année, pour atteindre finalement des montants extrêmement préoccupants, comme le montre cette enquête.

C'est donc une sorte de « cercle infernal » auquel on abouti très vite. Le budget de l'année servant à financer les charges non payées l'année précédente, ne peut donc évidemment plus suffire à financer les charges de l'exercice en cours ! La lisibilité des documents budgétaires s'en trouve complètement faussée, les délais de paiement des fournisseurs s'allongent, entraînant des surcoûts, voir des difficultés d'approvisionnement.

3 - L'impérieuse nécessité d'objectiver et de mesurer ce phénomène

Conscientes de la gravité de la situation, depuis plusieurs années déjà, la FHF et la Conférence s'inquiètent de l'amplification du mécanisme dit de «report de charges».

Le montant de ces reports a, jusque là, été évalué très sommairement, grâce à diverses "enquêtes flash" annuelles. Elles ont, cependant, permis de constater que le niveau de ces reports ne correspond plus du tout aux dispositions légales.

La FHF et la Conférence ont donc, à plusieurs reprises, et très formellement, appelé l'attention du Ministère sur ce phénomène en sollicitant un audit précis de la situation sur la base duquel pourraient être organisées des actions d'amélioration et de rebasage, lorsqu'elles seraient justifiées.

Cette demande n'a pas été suivie d'effet. La T2A va bouleverser complètement le financement des établissements, en rendant particulièrement difficile, au moins pour les prochaines années, la mesure de ses conséquences sur les moyens dont chaque établissement disposera réellement. Il nous paraît désormais impératif d'identifier, avec le meilleur degré de précision possible, le niveau de ces reports de charges, tout en prenant en compte, dans la mesure de nos capacités d'analyse, la situation réelle des établissements (valeur de leur points ISA, niveau des provisions, etc...).

Cette étude a donc été lancée pour évaluer les reports de charges, d'une part, et obtenir une approximation des sous-dotations budgétaires d'autre part.

1^{ère} partie : ***La méthode de l'étude***

1.1 – Une enquête nationale

L'enquête a été lancée auprès de l'ensemble des hôpitaux par les conférences de Centres Hospitaliers et de Centres Hospitaliers Universitaires. L'ensemble des questionnaires retournés ont été traités.

1.2 - Un questionnaire nécessairement technique mais simplifié

Il n'était pas possible de tenter d'appréhender l'ampleur des reports de charge sans distinguer ceux figurant au compte 6728 de ceux qui sont masqués par diverses autres pratiques, évoquées ci-dessus. Il convenait également d'intégrer les postes médicaux vacants ainsi que les éventuelles reprises de provisions ou d'excédents.

Enfin, il fallait éviter que le questionnaire devienne trop complexe, pour ne pas être dissuasif mais aussi pour pouvoir être ensuite exploité de manière automatisée.

Les informations sollicitées étaient les suivantes :

- Les autres charges sur exercices antérieurs (solde C/6728).
- Les charges non payées et non rattachées à l'exercice concerné telles que les taxes et Cotisations sur les salaires, prime de service, charges des groupes 2et 3.
- Les admissions en non valeur et non financées (solde C/4162) ;
- Le résultat de l'exercice (excédent ou déficit inscrit au compte 12).
- La provision affectée (affectation ciblée ARH).
- La reprise sur excédent antérieur.
- La valorisation des postes médicaux vacants.
- Le total de la section d'exploitation (hors compte 6721et 6728 et déduction du remboursement des budgets annexes).
- L'enveloppe dotation annuelle complémentaire
- L'enveloppe par activité 2004.

1.3 - Les indicateurs calculés

Les informations collationnées ont ensuite permis d'effectuer un certain nombre de calculs venant éclairer la situation sous plusieurs angles.

Les Calculs (annexe 1)

Un premier calcul a été effectué sur la représentativité par rapport aux dépenses d'exploitation. La valeur globale représente 55% des dépenses d'exploitation (base 2002).

Les calculs suivants ont été réalisés sur la base des catégories d'établissements et des régions :

- Autres charges sur exercices antérieurs (6728) et dépenses d'exploitation (classe 6) sur 2002 et 2003.
- Autres charges sur exercices antérieurs (6728) et dépenses d'exploitation (classe 6) par région sur 2002 et 2003.
- Report de charge brut en valeur absolue sur 2002 et 2003.
- Report de charge brut par région en valeur absolue sur 2002 et 2003.
- Report de charge net réel année 2003.
- Report de charge net réel par région année 2003 intégrant les excédents, les déficits, les reprises et provisions.
- Le calcul de la sous dotation 2003 par catégorie en intégrant la valorisation des postes médicaux vacants.
- Le calcul des sous-dotations régionales 2003 avec intégration des postes médicaux vacants.
- Une analyse dynamique du reports du compte 672.8 sur 5 ans de 1998 à 2002.
- Report de charges net et point ISA.

2ème partie : **Les résultats bruts de l'étude**

2.1 – Représentativité de l'enquête

1/3 des hôpitaux représentant 57 % des budgets hospitaliers ont répondu à l'enquête.

Le taux de réponse varie selon les régions. Hors DOM-TOM et Corse, les établissements ayant répondu représentent de 21 % (Picardie) à 92 % (Aquitaine)

Cf résultats détaillés en page ...

2.2 – Les résultats bruts

D'une manière générale, les résultats collectés ont été d'autant plus difficiles à interpréter qu'ils traduisent une très grande diversité de situations, qui, à leur tour, révèlent une grande hétérogénéité de pratiques.

Nous avons donc choisi de présenter, dans cette partie, uniquement les résultats « bruts » de l'enquête afin de ne pas influencer sur la perception de la situation par le lecteur.

Nos interprétations sont décrites dans la partie finale de ce document.

On constate d'emblée que 2 catégories d'établissements sont particulièrement intéressantes :

1°) 120 établissements en situation de reports ou qui le seront lorsqu'ils auront épuisé leurs réserves ou provisions :

- 63 établissements sont à la fois en reports de charges et sous-dotés, en regard de la T2A auxquels il convient de rajouter 7 établissements qui n'ont pu faire face à leurs engagements qu'en reprenant des provisions ou des excédents antérieurs, soit 70 établissements au total ;
- 39 établissements en situation de reports de charges sont sur-dotés au regard de la T2A auxquels il convient de rajouter 11 établissements qui n'ont pu faire face à leurs engagements qu'en reprenant sur des provisions ou des excédents antérieurs, soit 50 établissements au total.

2°) 53 établissements qui ne sont pas en situation de reports de charges nets réels. Cependant 15 d'entre eux ne maintiennent leur équilibre que du fait de l'existence de postes médicaux vacants.

2.2.1. Evolution du c/6728 depuis 1998

De 1998 à 2002

Valeur du c/6728 : de 174,5 millions d'euros en 1998 à 351 millions en 2002, soit un doublement de la valeur totale, correspondant à un rythme de progression moyenne annuelle de +19 % sur cette période.

Cette progression s'est effectuée en 2 temps :

- de 1998 à 1999 : + 27 %
- de 2001 à 2002 : + 59 %

Entre 2002 et 2003 :

Les budgets hospitaliers ont augmenté de 5,5 à 6 % et les seuls reports de charges inscrits au c/6728 ont progressé de 25 % hors AP-HP (ils ont été multipliés par 2,6 avec l'AP-HP).

Au niveau national, la part des comptes 6728 représentait :

- en 2002 : 0,75 % des budgets. (AP-HP incluse)
- en 2003 : 1,03 % des budgets (AP-HP incluse) et 0,6 % hors AP-HP.

Globalement, il n'est pas observé de variation de progression du compte 6728 en fonction de la taille des établissements.

Pour ces établissements la part du c/6728 sur le budget est passée de 0,51% en 2002 à 0,6% en 2003 hors AP-HP.

La situation des CHS :

les CHS ayant répondu observent une légère diminution du c/6728.

L'évolution par Régions :

Entre 2002 et 2003, L'évolution du c/6728 au niveau de chaque région est très variable : on observe plus qu'un doublement des montants inscrits à ce compte dans 4 régions (Champagne - Ardennes, Midi - Pyrénées, Bourgogne et Franche-Comté), alors que 6 régions voient leurs c/6728 baisser (Lorraine, Alsace, Rhône-Alpes, PACA, Bretagne et Réunion).

2.2.2.Reports de charges bruts

- Les reports cumulés à fin 2003 :

Les reports de charges bruts déclarés par les établissements ont progressé de + 38 % de 2002 à 2003 pour atteindre 2,5 % des budgets.

	Reports bruts	% Budget	Progression (en euros)	Progression (en %)	
2002	473 ME	1,9%			
2003	652,5 ME	2,5 %	+ 179,5 ME	+ 38%	

L'évolution sur 1 an représente + 179,5 ME soit 0,7 % des budgets.

- Part du c/6728 dans ces reports :

En données cumulées à fin 2003, les sommes inscrites au c/6728 ne représentent que 40% des reports de charges. Par contre, en variation annuelle de 2002 à 2003, l'évolution du compte 6728 représente 92 % de la progression des reports de charges.

On peut cependant en déduire que le phénomène des reports de charges est apparu de manière significative en 1999 et s'est accentué à partir des comptes de 2002 (soit à la suite de difficultés budgétaires **en 1998** et 2001).

Val c/6728 (fin 1998)	Progression 1998 /1999	Progression 2001 /2002	Progression 2002 /2003	Reports hors 6728 fin 2003
174,5 ME	+ 47,3 ME	+ 129,8 ME	+ 165,6 ME	135,3 ME

soit un total fin 2003 de 652,5ME

Les chiffres correspondent aux données nationales exhaustives, jusqu'à fin 2002

Les chiffres de 2003 sont issus de notre enquête

On observe également que dans un certain nombre de réponses, les reports de charges bruts déclarés ont diminué de 2002 à 2003. Compte-tenu du taux de réponse de ces régions, on ne peut pas extrapoler cette donnée à l'ensemble de la région. Par contre cela témoigne de la grande hétérogénéité des situations budgétaires.

2.2.3. Reports de charges nets réels

L'analyse suivante exclut les CHS et HL. En effet, d'une part nous avons trop peu de réponses pour ces types d'établissements (18 pour les hôpitaux locaux) ; d'autre part en ce qui concerne les CHS, sauf exception, il n'apparaît pas de situation de report de charges notable. De plus, sur l'ensemble des établissements spécialisés ayant répondu, même si nous observons une augmentation des reports de charges bruts de 2002 à 2003, compte-tenu de l'importance des excédents dégagés, ceux-ci sont globalement supérieurs à ces reports de charges. Néanmoins, cela n'exclut pas l'existence de CHS qui peuvent être en difficultés budgétaires.

Sur l'ensemble des établissements ayant répondu, les reports de charges nets de l'année 2003 sont supérieurs de 70 % aux reports bruts de la même année. Cette augmentation est due, d'une part à l'intégration des déficits et, d'autre part à la prise en compte des reprises sur excédent opérées pour financer l'exploitation.

La prise en compte des excédents (venant diminuer les reports) est neutralisée à 91 % par le fait qu'une partie des provisions constituées sont des affectations ciblées par les ARH.

Hors CHS et HL, les reports nets atteignent 310 M d'euros ***pour la seule année 2003*** (147 ME hors AP-HP).

Sur les 179 hôpitaux de l'enquête, 126 (soit 70%) déclarent un report net. 24 d'entre eux n'avaient pas de reports bruts de charges ; ils avaient équilibré leurs comptes par des reprises sur leurs réserves. Pour ces 126 hôpitaux, les reports nets atteignent 375 Millions d'euros, somme supérieure aux données cumulées de l'ensemble des établissements du fait de l'existence de 65 millions d'euros d'excédents sur d'autres établissements. Pour les hôpitaux déclarant un report net, celui-ci représente en moyenne, pour le seul exercice 2003, 1,8% de leur budget.

CONCLUSION

1 – les reports de charges sont bien une réalité !

La première indication forte de cette enquête est de révéler de manière très nette l'existence indiscutable de reports de charges. D'autre part, si l'exhaustivité est difficile à atteindre, ils sont d'autant plus préoccupants qu'ils représentent un montant désormais très important.

Les indicateurs habituels (dont le C/6728) ne suffisent pas à les évaluer

On constate également que le seul compte 6728 ne peut en aucun cas suffire à évaluer le montant des reports de charges puisqu'il n'en représente que 40%. L'enquête prouve qu'ils revêtent aussi d'autres formes, entraînent d'autres mesures, destinées à en limiter les effets délétères.

L'essentiel des reports de charges se concentre sur deux types d'établissements cumulant outre le report de charges brut, un report de charges net et une sous-dotation.

Le groupe le plus important (63 hôpitaux) est à la fois en situation de reports de charges et de sous-dotation théorique par rapport aux simulations dans le cadre de la tarification à l'activité. Pour ces établissements comme pour tous ceux en reports de charges et également en sous-dotation budgétaire, l'existence de reports traduit essentiellement une insuffisance de crédits.

Sur la base des réponses obtenues, le montant du report de charges propre à l'année 2003 s'élève déjà à **310** millions d'euros auxquels il convient d'ajouter la partie couverte artificiellement par les vacances de postes médicaux pour un montant de 93,5 millions d'euros pour la seule année 2003.

Le besoin de financement réel aujourd'hui

Le besoin total de financement pour les établissements ayant répondu et sans préjuger des besoins non exprimés, s'élève donc au moins à 650 millions d'euros en données cumulées depuis 1999. Ils sont à rapprocher des 300 millions alloués à ce titre par le ministère. Ce dernier a pris en compte la situation à fin 2002 en se basant uniquement sur la situation du c/6728.

Certes, ce financement d'une partie des reports de charges est bienvenu et soulage d'autant la situation de trésorerie des établissements.

L'amélioration définitive passe par le rebasage

Toutefois, il est extrêmement important de rappeler que cela ne règle pas les causes structurelles ayant généré les reports de charges.

Pour cela, il convient de rebaser les dotations hospitalières. Le financement à l'activité doit, à terme, régler cette situation. Mais la progressivité de sa mise en œuvre ne règle pas la situation des établissements qui sont structurellement en reports de charges. Dans le champ des établissements enquêtés, cette remise à niveau doit intéresser prioritairement les établissements qui sont, à la fois, en situation de report net réel et en sous-dotation au regard du financement T2A. Pour l'ensemble de ces établissements, indépendamment des 650 ME cumulés atteints à fin 2003, il conviendrait d'accorder 126,2 millions d'euros en sus au titre de leur rebasage.

2 – les reports de charges s’amplifient

Le phénomène de reports de charges est apparu de manière significative en 1999 et s’est accentué à partir des comptes de 2002 (soit à la suite de difficultés budgétaires en 2001).

Les reports de charges bruts déclarés par les établissements ont progressé de + 38 % de 2002 à 2003 pour atteindre 2,5 % des budgets. Leur seule évolution sur 1 an représente 0,7 % des budgets.

3 – Ils perturbent considérablement la mise en œuvre de la T2A

Le problème majeur provient de l’impossibilité pour les établissements concernés, de connaître le coût réel de leurs activités. En effet, une partie des charges de fonctionnement n’apparaissant pas dans les comptes de l’exercice analysé, il leur est difficile, voir impossible d’identifier leurs coûts de production et donc de se situer par rapport aux tarifs versés par l’assurance maladie.

Par ailleurs, il n’a pas été prévu, dans la réforme de la T2A, de dispositif particulier pour financer, solder les reports de charges et empêcher qu’ils se reforment. Cela signifie que les établissements concernés abordent le nouveau système de financement en étant d’emblée pénalisés par des charges (celles relatives à l’exercice antérieur) pour le financement desquelles ils ne disposent d’aucun moyen autre que, le cas échéant, les effets de la T2A.

4 – La T2A peut atténuer ce phénomène : à certaines conditions !

Hormis mesure nationale particulière, du type de l’enveloppe qui vient d’être affectée au financement d’une partie des reports de charges, les établissements concernés ne peuvent compter, pour redresser leur situation, que sur les effets positifs de la T2A.

Encore faut-il pour cela qu’ils soient dans une situation massivement favorable et que la logique de la T2A leur soit appliquée complètement et au plus vite, de sorte que leur activité soit « rémunérée » à son coût réel !

Cela implique également que l’enveloppe MIGAC qui leur est versée corresponde au coût réel des activités concernées.

Enfin, la question du mécanisme de régulation nationale reste entière. En effet, il est prévu qu’afin de maintenir l’évolution des dépenses dans les limites de l’ONDAM, une régulation du montant des tarifs, de type « prix-volume » puisse intervenir. Si l’on peut comprendre cette logique, il ne faudrait pas, pour autant, qu’elle empêche l’activité réelle d’être rémunérée à son juste coût par des tarifs « artificiellement » révisés à la baisse.

5 - le problème de fond : un choix de société, sans cesse repoussé..

De toute évidence, et comme nous tentons de l’objectiver depuis des années, la question centrale est bien de savoir quels moyens notre société accepte de consacrer à la satisfaction de ses besoins de santé. Depuis maintenant trop longtemps, une succession de mesures diverses allant de la RTT à une multitude de normes aux conséquences particulièrement lourdes, n’ont pas été financées à leur coût réel.

Désormais, une part croissante des hôpitaux ne dispose plus des moyens financiers leur permettant de continuer à dispenser des soins, dans le contexte de sécurité et de qualité qui leur est imposé.

Ne pouvant et ne souhaitant pas se soustraire à leurs missions, ils sont ainsi amenés à recourir à divers expédients et entre autres, à reporter une part croissante de leurs dépenses d'une année sur l'autre.

Il n'est pas nécessaire d'insister ici sur les perspectives dramatiques qu'une telle dérive laisse entrevoir...

6 – FHF et Conférences : des propositions réalistes et responsables

Dans le contexte que nous connaissons maintenant, il n'est plus possible de continuer ainsi et sembler ignorer que les contraintes de qualité et de sécurité que notre société se donne ne sont, en réalité, que partiellement financées.

Mais, le réalisme impose aussi d'admettre qu'il est encore possible d'améliorer l'efficacité des moyens consacrés à la santé, y compris dans les établissements hospitaliers.

A ce titre, nous ne pouvons que déplorer l'incapacité que nous avons d'appréhender nos difficultés budgétaires, entre autres, sous l'angle de l'évaluation de la qualité du service rendu au patient.

Les acteurs hospitaliers y ont leur part de responsabilité.

C'est pourquoi, nous estimons impérative une action de « remise à zéro » des reports de charges, dès lors que la situation globale des établissements concernés le justifiera .

Mais nous proposons aussi qu'une aide de ce type destinée à permettre un « retour à l'équilibre », ne pourrait être accordée sans être conditionnée par un engagement formel de l'établissement et de l'ensemble de ses acteurs, à développer une politique d'évaluation de leurs pratiques, afin de les faire évoluer vers toujours plus d'efficacité.

L'efficacité réelle passera, en effet, nécessairement par l'engagement personnel de chacun, tant des partenaires externes, que des acteurs hospitaliers, dès lors qu'ils disposent d'une influence sur la prescription , la dispensation ou l'organisation des soins ou du fonctionnement général de l'hôpital.