

Le secteur hospitalier comprend un peu plus de 3 000 établissements de santé. Depuis près de vingt ans, l'hospitalisation partielle se développe, tandis que l'hospitalisation complète (avec nuitée) recule. D'autres alternatives se développent, comme les séances ou l'hospitalisation à domicile. Le secteur public offre 74 % des capacités d'accueil et concentre 85 % des 1,3 million de postes du personnel hospitalier. La dépense hospitalière est pilotée dans le cadre de l'Ondam, avec une participation des patients qui varie entre secteur public et secteur privé.

Le secteur public concentre deux tiers des établissements de santé

Le secteur hospitalier couvre les soins prodigués dans les établissements de santé (qui se caractérisent par le fait de relever d'une autorisation de soins délivrée par leur agence régionale de santé), à distinguer des soins dispensés en cabinets de ville. Dans les comptes de la santé, les hôpitaux du secteur public couvrent les établissements publics (hôpitaux civils ou militaires) et les établissements de santé privés d'intérêt collectif anciennement financés par dotation globale (ESPIC, ex-DG). Le secteur privé se compose, quant à lui, des établissements à but lucratif (parfois appelés « cliniques privées ») ainsi que des ESPIC ayant opté pour le régime conventionnel, anciennement encadrés par un objectif national quantifié (ESPIC, ex-OQN). Selon l'enquête Statistique annuelle des établissements de santé (SAE), la France comptabilise un peu plus de 3 000 établissements de santé, dont environ 2 000 établissements publics ou privés à but non lucratif et 1 000 établissements privés à but lucratif. Les établissements publics sont globalement plus importants que les établissements privés en matière de places, d'effectifs, d'activité, etc.

Les secteurs public et privé se distinguent par leur offre, leur activité et leur patientèle

Les activités des établissements hospitaliers peuvent être regroupées en trois disciplines principales :

- la discipline de « médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie » (MCO) correspond à l'activité la plus répandue ;
- la discipline de « psychiatrie » (PSY) accueille des patients souffrant de troubles psychiques à l'hôpital ou en centre d'accueil de jour ;
- la discipline des « soins de suite et de réadaptation » (SSR) concerne les soins

faisant suite à des lésions traumatiques, des poses de prothèses, etc.

Par ailleurs, les unités de soins de longue durée (USLD), qui relèvent quasi exclusivement du secteur public, forment une composante spécifique de l'offre de soins hospitaliers : elles prennent en charge des patients qui présentent une faible autonomie, du fait de leur âge ou de leur parcours de santé, nécessitant des soins souvent peu techniques mais sur une longue durée. Pour cette raison, dans tous les pays de l'OCDE, les comptes de la santé regroupent l'analyse des USLD avec celle des Ehpad (qui ne sont pas juridiquement des établissements de santé).

Chaque année, environ 13 millions de patients sont hospitalisés dans les trois disciplines. Leur hospitalisation comporte très majoritairement un unique épisode de soins dans l'année, composé d'un ou de deux séjours successifs (un séjour en MCO suivi d'un séjour en SSR, par exemple). Outre les compétences médicales mobilisées (plus ou moins d'actes techniques par exemple), les trois disciplines comme les deux grands secteurs juridiques (public et privé) ont des modalités de prise en charge spécifiques, qui peuvent être notamment réalisées en hospitalisation complète (séjour avec nuitées) ou en hospitalisation partielle (séjour sans nuitée). Le secteur public offre 74 % des capacités d'accueil, tant en hospitalisation partielle qu'en hospitalisation complète (tableau 1).

En hospitalisation complète, le secteur public représente une plus grande part des lits en MCO (78 %) qu'en PSY (74 %) ou en SSR (67 %). Mais en termes d'activité, c'est en psychiatrie que la part du secteur public est la plus élevée (79 % du total des séjours d'hospitalisation complète) (graphique 1).

En hospitalisation partielle, le secteur public concentre 61 % des places en MCO, 93 % en PSY et 64 % en SSR. Les cliniques privées recourent toutefois davantage à l'hospitalisation partielle en MCO, notamment en chirurgie, si bien que le secteur privé réalise 49 % des journées d'hospitalisation partielle en MCO, alors qu'il ne

représente que 39 % des places. Tous secteurs confondus, les trois disciplines se distinguent également par la durée moyenne de séjour (DMS) observée en hospitalisation complète : de 5,5 jours en MCO, elle atteint 29,6 jours en PSY et 31,6 en SSR. Dans le public, la DMS est plus longue que dans le privé pour les séjours de MCO, mais elle est plus courte pour les séjours de SSR et surtout pour ceux de PSY (graphique 2).

L'hospitalisation partielle gagne du terrain

Depuis 2002, l'hospitalisation partielle se développe, tandis que l'hospitalisation complète recule. Ce phénomène, qualifié de

« virage ambulatoire », se traduit par une hausse du nombre de places en hospitalisation partielle (de +3,0 % par an en moyenne depuis 2002) et une diminution du nombre de lits en hospitalisation complète (-0,5 % par an en moyenne depuis 2002). Ces évolutions concernent les trois disciplines, à l'exception des SSR où le nombre de lits en hospitalisation complète progresse aussi. La baisse du nombre de lits en hospitalisation complète est principalement le fait du secteur public. Dans le secteur privé, le nombre de lits se replie également en MCO, mais il progresse en PSY et en SSR. La hausse des places en hospitalisation partielle est commune aux deux secteurs, même si elle est proportionnellement plus élevée dans le secteur privé.

Tableau 1 Capacité d'accueil des établissements de santé en lits et en places en 2019

	Hospitalisation partielle (en places)			Hospitalisation complète (en lits)		
	Secteur public	Secteur privé	Ensemble	Secteur public	Secteur privé	Ensemble
Ensemble	57 963	20 757	78 720	267 431	94 212	361 643
MCO	20 754	13 038	33 792	156 637	45 334	201 971
PSY	27 578	2 189	29 767	40 583	14 408	54 991
SSR	9 631	5 530	15 161	70 211	34 470	104 681

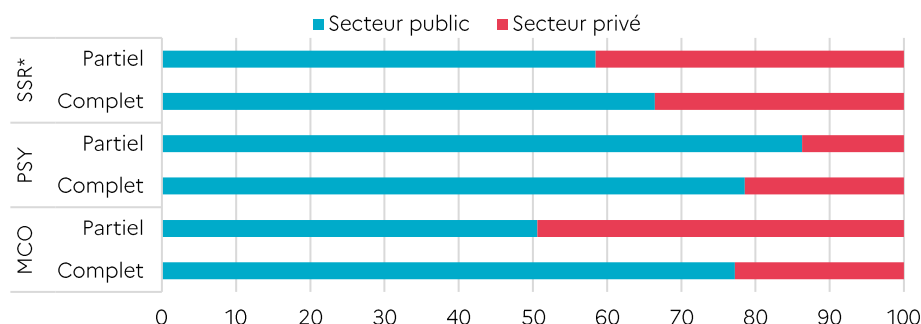
Note > MCO : médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie ; PSY : psychiatrie ; SSR : soins de suite et de réadaptation. Les hospitalisations complètes excluent les soins de longue durée.

Champ > France, y compris hôpitaux militaires.

Source > DREES, SAE 2019, traitement DREES.

Graphique 1 Répartition des séjours d'hospitalisation complète et des journées d'hospitalisation partielle, par discipline et par statut juridique, en 2019

En %



* Y compris les maisons d'enfants à caractère sanitaire (MECS) temporaires.

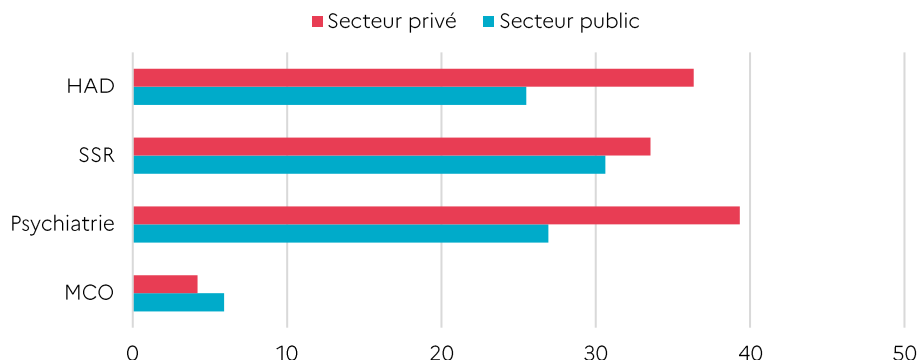
Note > MCO : médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie ; PSY : psychiatrie ; SSR : soins de suite et de réadaptation. On parle de séjours pour l'hospitalisation à temps complet et de journées pour l'hospitalisation à temps partiel. Les soins de longue durée ne sont réalisés qu'à temps complet.

Champ > France, y compris hôpitaux militaires.

Sources > ATIH, PMSI-MCO et PMSI-SSR 2019, traitements DREES, pour l'activité de court séjour et de SSR ; DREES, SAE 2019, traitements DREES, pour la discipline de psychiatrie.

Graphique 2 Durée moyenne de séjour en hospitalisation complète en 2019

En jours



Note > MCO : médecine, chirurgie, obstétrique, odontologie ; SSR : soins de suite et de réadaptation ; HAD : hospitalisation à domicile.

Champ > France, y compris hôpitaux militaires.

Sources > ATIH, PMSI-MCO, PMSI-SSR et PMSI-HAD 2019, traitements DREES, pour l'activité de court séjour et de SSR et de HAD ; DREES, SAE 2019, traitements DREES, pour la psychiatrie.

Les alternatives à l'hospitalisation, avec ou sans nuitée, se développent

En parallèle du virage ambulatoire se développe l'hospitalisation à domicile (HAD), un système organisé et coordonné de soins complexes et continus entre l'hôpital et le médecin traitant. L'HAD permet ainsi d'éviter ou de raccourcir une hospitalisation en MCO ou en SSR. En 2019, près de 20 000 patients peuvent être pris en charge simultanément et cette capacité d'accueil en HAD progresse de 6,7 % par rapport à 2018.

Autres alternatives à l'hospitalisation, 14,2 millions de séances de chimiothérapie, de radiothérapie et de dialyse ont été effectuées en 2019. Ces formes de prise en charge se développent rapidement, progressant en moyenne de 3,0 % par an entre 2013 et 2019. Plus de six séances sur dix ont lieu dans le secteur public. Enfin, en 2019, les 697 structures des urgences françaises ont pris en charge 22,0 millions de passages soit 1,0 % de plus qu'en 2018, ce qui confirme le léger ralentissement observé depuis 2017.

Le secteur public comprend une part plus importante de postes de personnel non soignant

Le secteur public concentre 85 % des 1,3 million de postes du personnel hospitalier. La structure des postes du secteur public diffère de celle du privé sur trois aspects principaux. D'une part, les postes de personnels soignants sont composés de 26 % de postes de médecins dans

le secteur privé, contre 19 % dans le secteur public, où le personnel soignant comprend une plus grande proportion de postes d'infirmiers et d'aides-soignants (*graphique 3*). D'autre part, les médecins du secteur public sont presque exclusivement salariés, tandis que leurs confrères du secteur privé sont très majoritairement libéraux. Enfin, les postes de personnels non soignants représentent 27 % de l'ensemble des postes dans le secteur public, contre 19 % dans le secteur privé. Cet écart peut être lié à plusieurs facteurs : la part plus élevée d'hospitalisation complète et de prises en charge complexes dans le public nécessite de recourir davantage au personnel des services techniques, tandis que la sous-traitance des postes techniques et ouvriers pourrait être plus développée dans le privé. En revanche, la part des postes de personnels administratifs est sensiblement la même dans les deux secteurs (un peu supérieure à 10 %).

La dépense hospitalière est pilotée dans le cadre de l'Ondam

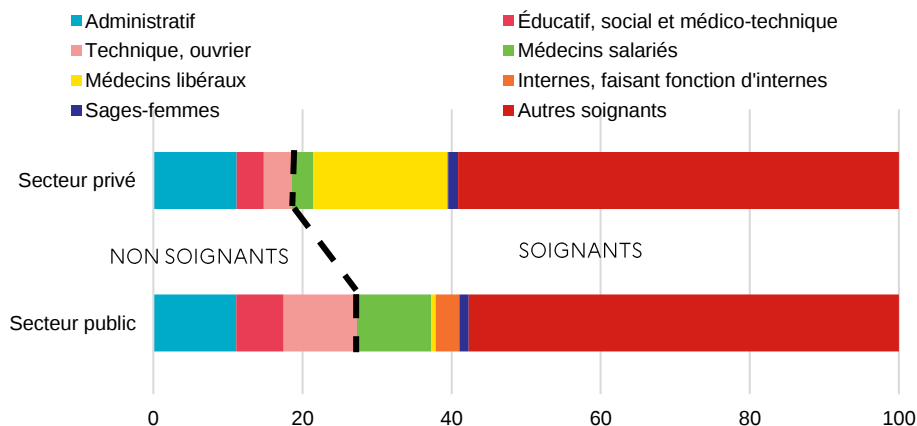
Le financement du secteur hospitalier suit très majoritairement une logique de tarification à l'activité (T2A). Lorsqu'un patient est admis à l'hôpital, son séjour est codifié dans une catégorie appelée « groupe homogène de séjour » (GHS) à partir de l'ensemble des actes qu'il reçoit, de la durée de son séjour, de la complexité de son état de santé, etc. Pour chaque GHS, l'Assurance maladie (AM) fixe un tarif de référence pour les établissements du secteur public et un tarif pour ceux du secteur

privé. Ces tarifs, souvent compris entre quelques centaines et quelques milliers d'euros, servent de base au financement du séjour par l'AM. L'existence d'un tarif par secteur s'explique par le fait que, dans le privé, ce tarif ne couvre pas les honoraires des médecins exerçant en libéral, alors qu'il englobe tous les soins dans le secteur public. Le financement des établissements de santé par l'AM pour un séjour correspond usuellement à 80 % du tarif fixé. Ces mécanismes de tarification permettent d'articuler la description des hôpitaux en termes d'activité (séjours, durée, patientèle, etc.) et de comptabilité (*schéma 1*). De plus, l'AM peut fournir un financement additionnel dans des cas spécifiques, tels que la prise en charge des médicaments innovants. La dépense hospitalière, c'est-à-dire l'ensemble du financement des hôpitaux par l'AM, principalement *via* ce mécanisme de tarif, est pilotée chaque année par l'objectif national des dépenses d'Assurance maladie (Ondam) hospitalier. Mis en œuvre dès 2002 par les pouvoirs publics, les plans d'investissement nationaux se sont succédé (plans « Hôpital

2007 », « Hôpital 2012 », « Ma santé 2022 » avec notamment le « Plan d'urgence 2019 » et le « Ségur de la santé » en 2020) afin de restructurer le parc, moderniser les équipements et renforcer l'attractivité des métiers. La principale source de financement des hôpitaux publics est l'AM (78 % des ressources du budget principal, qui regroupe les activités de court et de moyen séjours ainsi que de psychiatrie) et le principal poste de dépense concerne le personnel (65 % des dépenses liées au budget principal). Les hôpitaux publics sont déficitaires depuis 2013, leur rentabilité moyenne, qui rapporte le résultat net aux recettes, étant de -0,7 %. L'effort d'investissement progresse légèrement en 2019 (4,7 % des recettes, après 4,6 % en 2018), pour la première fois depuis 2009. Le taux d'endettement (part des dettes au sein des ressources stables) diminue, une situation inédite depuis 2002 : il atteint 51,4 % en 2019, après 51,7 % en 2018. Le secteur privé est globalement excédentaire. Son effort d'investissement repart à la hausse et son taux d'endettement se réduit depuis 2013.

Graphique 3 Structure des postes hospitaliers en 2019

En %



Note > Dans la légende, la catégorie « Autres soignants » regroupe le personnel d'encadrement du personnel soignant hors médecin (les infirmiers, les aides-soignants, les agents de services hospitaliers, les psychologues et les rééducateurs). Les personnels faisant fonction d'internes sont le plus souvent des médecins diplômés hors Union européenne, inscrits à l'université en vue d'acquies une spécialisation complémentaire et qui, dans le cadre de leurs obligations de stage pratique, assurent des fonctions d'internes. Ces données comptabilisent les postes rémunérés simultanément par plusieurs établissements ; elles ne sont pas corrigées des doublons.

Champ > France, y compris hôpitaux militaires.

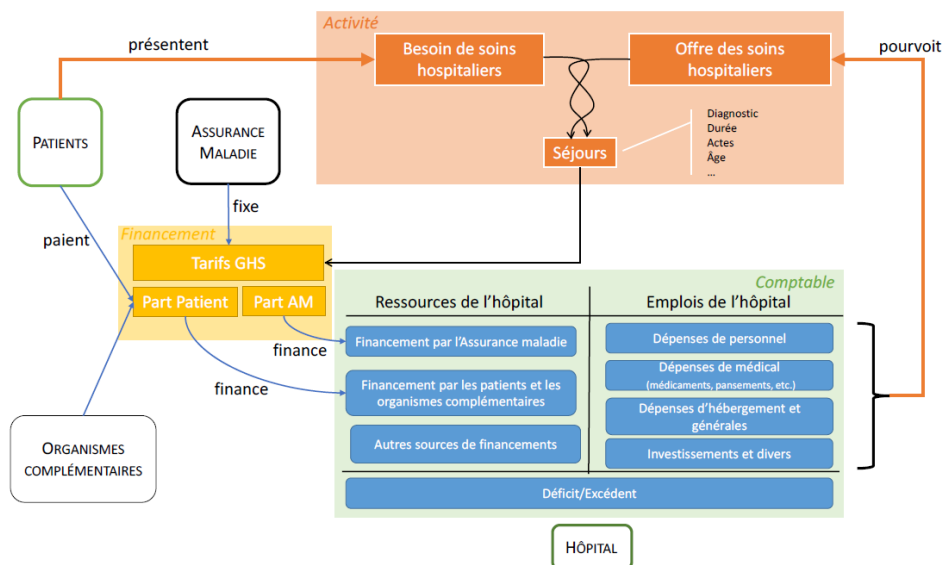
Source > DREES, SAE 2019.

La participation des patients varie selon le secteur

Au-delà du financement de l'AM, les établissements sont financés par les ménages (patients), directement ou via les organismes complémentaires (tableau 2). Ces paiements comportent deux volets : l'hébergement et les soins. Premièrement, la participation aux frais d'hébergement est calculée grâce au forfait journalier hospitalier (FJH) multiplié par la durée du séjour. Deuxièmement, la participation aux soins dépend du secteur. Dans le secteur public, cette participation aux soins est usuellement payée selon la durée du séjour via un tarif journalier de prestation (TJP) qui est propre à chaque établissement. Dans le secteur privé, la participation du patient aux soins généraux est usuellement de 20 % du tarif de référence du séjour. Les honoraires des médecins (chirurgiens par exemple) sont facturés en sus, et sont, comme tout honoraire, pris en charge partiellement par l'AM. Ces grands principes de tarification connaissent des exceptions :

dispositif ALD (affection de longue durée), accidenté du travail, maternité, actes coûteux, etc. Le reste à charge des ménages à l'hôpital comprend l'ensemble des paiements des patients (y compris honoraires libéraux), éventuellement réduit d'une participation des organismes complémentaires. Les frais con-nexes au séjour, tels que la facturation d'une chambre particulière, ne sont pas compris dans l'activité de santé en comptabilité nationale (annexe 2). La consommation de soins hospitaliers dans les secteurs public et privé suit des logiques différentes. Afin de rendre compte de la dimension lucrative, dans le secteur privé, la consommation est évaluée à partir des factures adressées aux patients et à l'AM. La logique marchande de ce secteur assure que ces ressources couvrent *a minima* les coûts engendrés par l'activité (personnel, produits médicaux, entretien, chauffage, réparation, etc.). Dans le secteur public, la consommation est évaluée à partir des coûts nécessaires à l'activité, car la logique non marchande ne garantit pas que les factures adressées aux tiers couvrent les coûts. ■

Schéma 1 Articulation simplifiée des concepts d'analyse de l'activité et de la comptabilité des hôpitaux



Note > Ce schéma se concentre sur le mode central de financement. Il ne rend pas compte de l'ensemble des modalités de financement (médicaments de la liste en sus, Migac, AME, etc.) des établissements pour l'activité de soins. Il ne rend pas non plus compte des autres activités de l'hôpital (hôtellerie au-delà du nécessaire aux soins, activité d'enseignement, activité de recherche, etc.).

Champ > Tarification à l'activité (T2A), activité de soins.

Source > DREES.

Tableau 2 Modalités générales de tarification du patient en hospitalisation complète

Patient	Sec-teur	Séjour		Médecins libéraux	
		Assurance maladie	Patient (et complémentaire)	Assurance maladie	Patient (et complémentaire)
Patient sans motif d'exonération	Public	80% du tarif de référence public	$\max(20\% \times \text{TJP} \times \text{durée}; \text{FJH} \times \text{durée}) + \text{FJH}$	Aucun	Aucun
	Privé	80% du tarif de référence privé	$\max(20\% \times \text{tarif de référence privé}; \text{FJH} \times \text{durée}) + \text{FJH}$	70% du tarif de remboursement	30% du tarif de remboursement + dépassement d'honoraires
Patient avec séjour comprenant un acte coûteux (hors patient en ALD)	Public	100% du tarif de référence public - part patient	$24 \text{ €} + \text{FJH} \times (\text{durée} + 1)$	Aucun	Aucun
	Privé	100% du tarif de référence privé - part patient	$24 \text{ €} + \text{FJH} \times (\text{durée} + 1)$	70% du tarif de remboursement	30% du tarif de remboursement + dépassement d'honoraires
Patient en ALD ou en invalidité	Public	100% du tarif de référence public - part patient	$\text{FJH} \times (\text{durée} + 1)$	Aucun	Aucun
	Privé	100% du tarif de référence privé - part patient	$\text{FJH} \times (\text{durée} + 1)$	100% du tarif de remboursement	Dépassement d'honoraires
Patient en maternité ou en ATMP	Public	100% du tarif de référence public	0	Aucun	Aucun
	Privé	100% du tarif de référence privé	0	100% du tarif de remboursement	Dépassement d'honoraires

TJP : tarif journalier de prestation, FJH : forfait journalier hospitalier, ALD : affection de longue durée, ATMP : accident du travail et maladie professionnelle, durée en jours. Le terme « +1 » correspond au forfait journalier de sortie.

Champ > Tarification à l'activité (T2A), activité de soins.

Source > DREES.

Pour en savoir plus

> **Toutlemonde, F.** (dir.) (2021, juillet). *Les établissements de santé – édition 2021*. Paris, France : DREES coll. Panoramas de la DREES-Santé.