

Le secteur hospitalier couvre les soins prodigués dans les établissements de santé, à distinguer des soins dispensés en cabinets de ville. Si, historiquement, l'hôpital se caractérisait par une composante d'hébergement, les évolutions du système de santé conduisent à prendre en compte les équipements hautement techniques (salle d'opération, matériel d'imagerie avancé). Dans les comptes de la santé, les hôpitaux du secteur public couvrent les établissements publics (hôpitaux civils ou militaires) ainsi que 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 encadrées 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 prélèvent 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 prises 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 environ 75 % 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 (77 %) 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 60 % des places en MCO, 93 % en PSY, et 65 % en SSR. Les cliniques privées recourent toutefois davantage à l'hospitalisation partielle en MCO, notamment en chirurgie, si bien que le secteur privé réalise 50 % des journées d'hospitalisation partielle en MCO, alors qu'il ne représente que 40 % 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 en MCO, elle atteint 29 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 +3,1 % 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 du 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.

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. Aujourd'hui, un peu moins de 20 000 patients peuvent être pris en charge simultanément. En 2018, le nombre de patients pouvant être pris en charge en HAD progresse de 3,4 %.

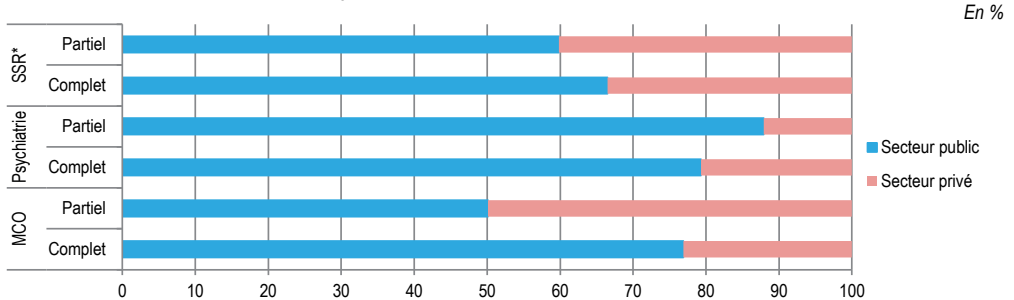
Tableau 1 Capacité d'accueil des établissements de santé en lits et en places en 2018

	Hospitalisation partielle (en places)			Hospitalisation complète (en lits)		
	Secteur public	Secteur privé	Ensemble	Secteur public	Secteur privé	Ensemble
Ensemble	57 128	20 169	77 297	269 252	95 337	364 589
MCO	20 163	13 271	33 434	157 105	46 557	203 662
PSY	27 645	1 965	29 610	41 114	14 263	55 377
SSR	9 320	4 933	14 253	71 033	34 517	105 550

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 2018, traitement DREES.

Graphique 1 Répartition des séjours d'hospitalisation complète et des journées d'hospitalisation partielle, par discipline et par statut juridique, en 2018

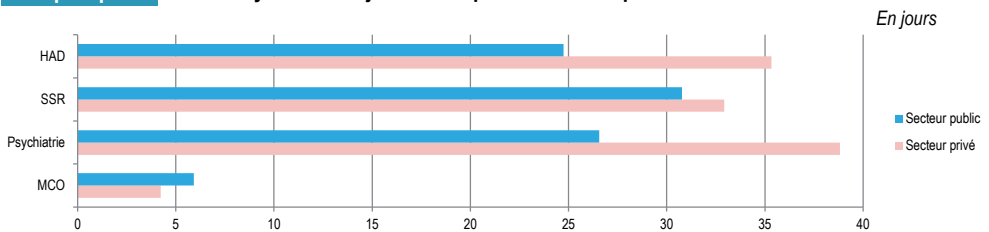
* Y compris les maisons d'enfants à caractère sanitaire (MECS) temporaires.

Note > MCO : médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie ; 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.

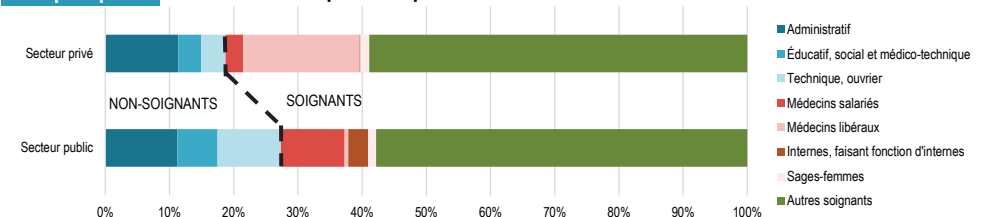
Sources > ATIH, PMSI-MCO et PMSI-SSR 2018, traitements DREES, pour l'activité de court séjour et de SSR ; DREES, SAE 2018, traitements DREES, pour la discipline de psychiatrie.

Graphique 2 Durée moyenne de séjour en hospitalisation complète en 2018

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 2018, traitements DREES, pour l'activité de court séjour et de SSR et de HAD ; DREES, SAE 2018, traitements DREES, pour la psychiatrie.

Graphique 3 Structure des emplois hospitaliers en 2018

Notes > Dans la légende, la catégorie « Autres soignants » regroupe le personnel d'encadrement du personnel soignant hors médecins (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'acquiescer une spécialisation complémentaire et qui, dans le cadre de leurs obligations de stage pratique, assurent des fonctions d'interne. Ces données comptabilisent les praticiens exerçant et étant rémunérés simultanément par plusieurs établissements ; elles ne sont pas corrigées des doublons.

Champ > France, y compris hôpitaux militaires.

Source > DREES, SAE 2018.

Autres alternatives à l'hospitalisation : 13,8 millions de séances de chimiothérapie, de radiothérapie et de dialyse ont été effectuées en 2018. Ces formes de prise en charge se développent rapidement, progressant de 3,1 % par an en moyenne (entre 2013 et 2018). Plus de six séances sur dix ont lieu dans le secteur public. Enfin, en 2018, les 709 structures des urgences françaises ont pris en charge 21,8 millions de passages soit 2,0 % de plus qu'en 2017. Cette progression prolonge la tendance observée depuis vingt ans.

Le secteur public comprend une part plus importante de personnels non soignants

Le secteur public concentre 85 % des 1,3 million d'emplois du secteur hospitalier. La structure des moyens humains du secteur public diffère de celle du privé sur trois aspects principaux. D'une part, le personnel soignant est composé de 26 % de médecins dans le secteur privé contre 19 % dans le secteur public, où le personnel soignant comprend une plus grande proportion 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, le personnel non soignant représente 27 % des effectifs dans le secteur public, contre 19 % dans le secteur privé. Cet écart est lié à la part plus élevée d'hospitalisation complète dans le public qui nécessite de recourir davantage au personnel des services techniques. En revanche, la part des 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

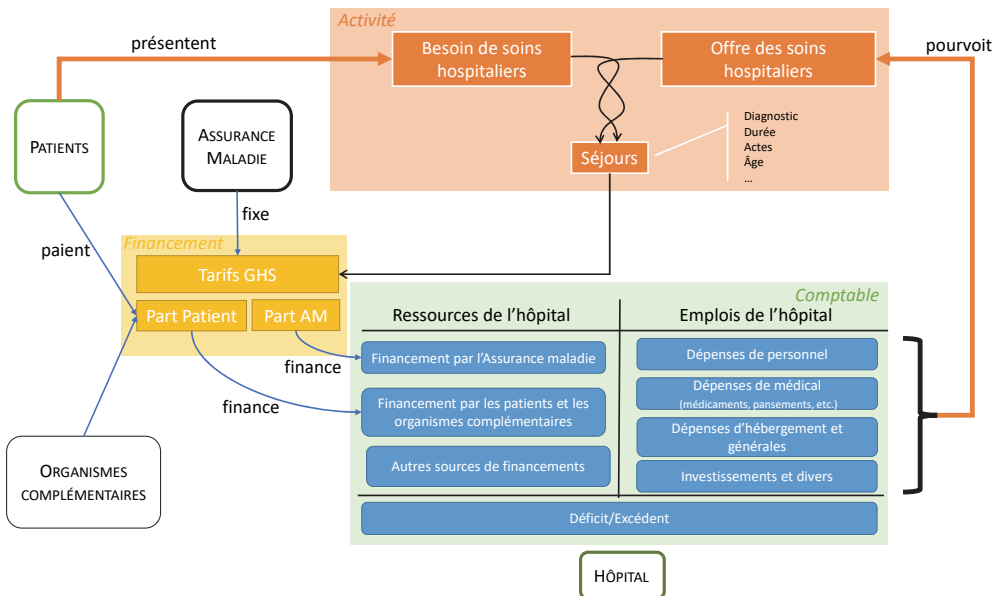
Le financement du secteur hospitalier suit très majoritairement une logique de tarification à l'activité (T2A). Lorsqu'un patient est admis à l'hôpital, son séjour est codifié dans une catégorie appelée « groupe homogène de séjour » (GHS) à partir de l'ensemble des actes qu'il reçoit, de la durée de 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 en termes 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 succédés (plans « Hôpital 2007 », « Hôpital 2012 », « Ma santé 2022 » avec notamment le « plan d'urgence 2019 ») 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 séjour ainsi que de psychiatrie) et le principal poste de dépense concerne le personnel (66 % 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 %. Au prix d'un recul régulier des efforts d'investissement, l'encours de la dette des hôpitaux publics se replie lentement depuis 2013. Cela ne suffit pas encore pour enrayer complètement la progression du taux d'endettement (part de la dette au sein des ressources est stable ; 51,7 % en 2018 contre 51,6 % en 2017), parce que les capitaux propres continuent d'être affectés par des résultats nets négatifs. Le secteur privé est globalement excédentaire. Son effort d'investissement repart à la hausse et son taux d'endettement se réduit depuis 2013.

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, 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 connexes au séjour, tels que la facturation d'une chambre particulière, ne sont pas compris dans l'activité de santé en comptabilité nationale (voir 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	Secteur	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.)** (2019, juin). *Les établissements de santé – édition 2019*. Paris, France : DREES coll. Panoramas de la DREES-santé.