

Le secteur hospitalier comprend un peu moins de 3 000 établissements de santé. En 2020, la crise sanitaire liée à l'épidémie de Covid-19 a fortement perturbé l'activité hospitalière. En rupture avec les tendances des années pré-crise, l'activité connaît une chute sans précédent, aussi bien pour l'hospitalisation partielle (-23,5 %) que pour l'hospitalisation complète (avec nuitée, -12,5 %). En revanche, l'hospitalisation à domicile progresse à un rythme plus soutenu que les années précédentes. 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'objectif national de dépenses d'assurance maladie (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 quantifié national (ESPIC, ex-OQN). Selon l'enquête Statistique annuelle des établissements de santé (SAE), la France comptabilise un peu moins de 3 000 établissements de santé, dont environ 2 000 établissements publics ou privés à but non lucratif et près de 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'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE), les comptes de la santé regroupent l'analyse des USLD avec celle des Ehpad (qui ne sont pas juridiquement des établissements de santé).

En 2020, 11,6 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). En 2020, la crise sanitaire liée au Covid-19 a fortement perturbé l'activité hospitalière, qui a connu une chute sans précédent, aussi bien en hospitalisation partielle (-23,5 %) que complète (-12,4 %). Le nombre de séjours d'hospitalisation complète a davantage diminué dans le secteur privé à but lucratif (-13,8 %) que dans le public et privé à but non lucratif (-12,0 %). Il recule de 15,2 % en SSR et de 14,4 % en psychiatrie. La diminution est moindre en MCO (-12,0 %), car c'est dans cette discipline que la grande majorité des patients atteints de Covid-19 ont été accueillis.

La baisse d'activité partielle est plus importante dans le secteur public et privé à but non lucratif (-27,5 %) que dans le secteur privé à but lucratif (-16,8 %). Elle a davantage touché la psychiatrie (-34,6 %) et le SSR (-32,7 %) que le champ MCO (-11,9 %).

En dépit de cette forte perturbation, la structure des activités des établissements de santé continue à se différencier selon leur statut juridique, tant en matière de grandes disciplines que de modes de prise en charge.

Le secteur public offre 74 % des capacités d'accueil en hospitalisation partielle et 72 % en hospitalisation complète (tableau 1).

En hospitalisation complète, le secteur public représente une plus grande part des lits en MCO (78 %) qu'en PSY (73 %) ou en SSR (67 %). Mais en termes d'activité, la part du secteur public dans le total des séjours d'hospitalisation

complète est équivalente en MCO et en PSY (respectivement 78 % et 77 %) [graphique 1].

En hospitalisation partielle, le secteur public concentre 60 % des places en MCO, 92 % en PSY et 61 % 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 40 % des places. La crise sanitaire s'est accompagnée d'une augmentation de la durée moyenne de séjour (DMS). Tous secteurs confondus, les trois disciplines se distinguent par la DMS observée en hospitalisation complète : de 5,7 jours en MCO, elle atteint 32,6 jours en PSY et 33,7 jours en SSR. Comme en 2019, la DMS demeure plus longue dans le public 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).

En 2020, une rupture dans l'évolution des capacités

Jusqu'à fin 2019, l'hospitalisation partielle s'est développée, tandis que l'hospitalisation complète a reculé. Ce phénomène, qualifié de « virage ambulatoire », s'est traduit par une hausse du nombre de places d'hospitalisation partielle (de +2,8 % par an en moyenne depuis 2002) et une baisse du nombre de lits d'hospitalisation complète (-0,5 % par an en moyenne depuis 2002). Ces évolutions concernent le champ MCO et la PSY mais pas les SSR où le nombre de lits en hospitalisation complète progresse.

En 2020, le nombre de lits d'hospitalisation complète recule un peu plus que les années précédentes (-1,2 %, contre -0,9 % par an sur la période 2013-2019), ce dans les trois disciplines. Dans le secteur privé, le nombre de lits se replie en MCO, mais il progresse en PSY et en SSR. Le nombre total de places d'hospitalisation partielle augmente moins rapidement que les années précédentes (+1,7 %, contre +2,5 % par an sur la période 2013-2019), avec une hausse concentrée sur le secteur privé.

Tableau 1 Capacité d'accueil des établissements de santé en lits et en places à fin 2020

	Hospitalisation partielle (en places)			Hospitalisation complète (en lits)		
	Secteur public	Secteur privé	Ensemble	Secteur public	Secteur privé	Ensemble
Ensemble	57 768	21 991	78 720	267 431	94 212	361 643
MCO	20 770	13 576	33 792	156 637	45 334	201 971
PSY	27 273	2 266	29 767	40 583	14 408	54 991
SSR	9 725	6 149	15 161	70 211	34 470	104 681

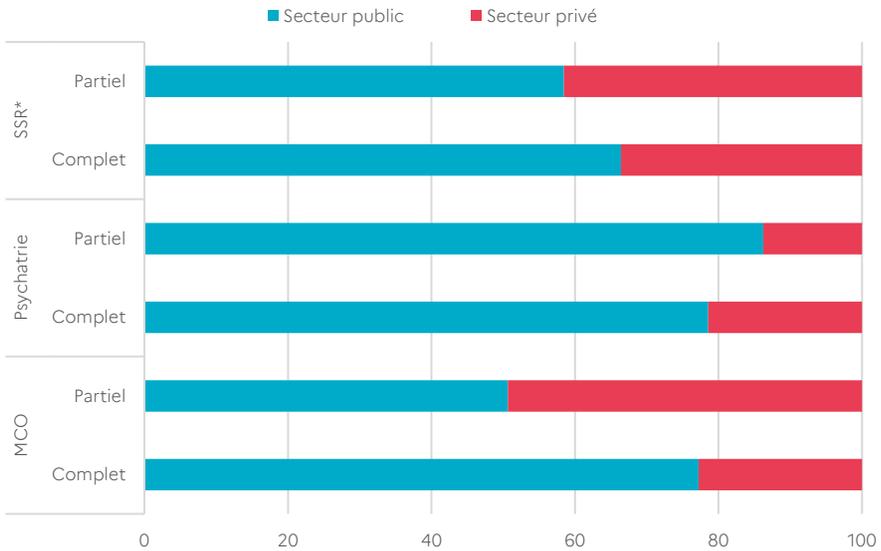
Note > MCO : médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie ; PSY : psychiatrie ; SSR : soins de suite et de réadaptation. Les hospitalisations complètes excluent les soins de longue durée.

Champ > France, y compris hôpitaux militaires.

Source > DREES, SAE 2020, traitement DREES.

Graphique 1 Répartition des séjours d'hospitalisation complète et des journées d'hospitalisation partielle, par discipline et par statut juridique, en 2020

En %



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

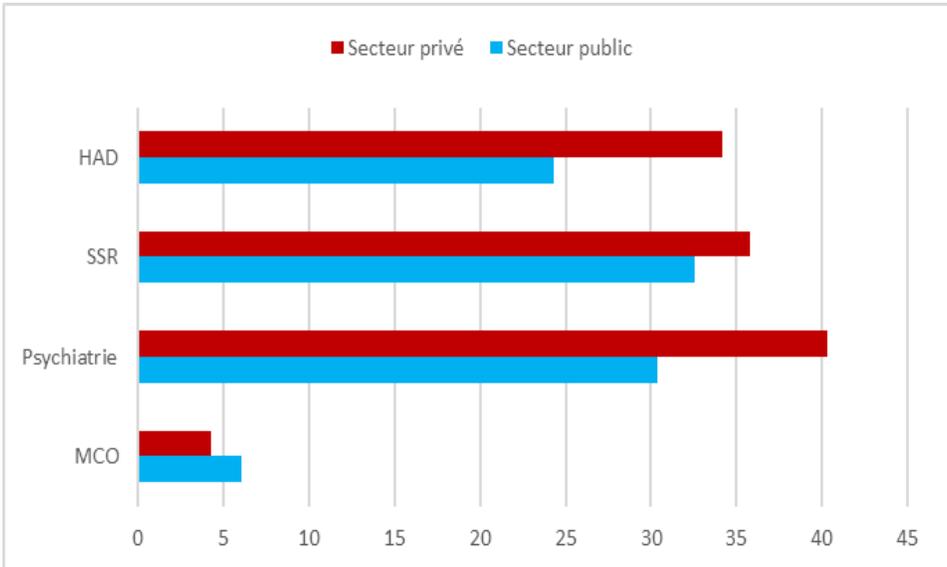
Note > MCO : médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie ; PSY : psychiatrie ; SSR : soins de suite et de réadaptation. On parle de séjours pour l'hospitalisation à temps complet et de journées pour l'hospitalisation à temps partiel. Les soins de longue durée ne sont réalisés qu'à temps complet.

Champ > France, y compris hôpitaux militaires.

Sources > ATIH, PMSI-MCO et PMSI-SSR 2020, traitements DREES, pour l'activité de MCO et de SSR ; DREES, SAE 2020, traitements DREES, pour la discipline de psychiatrie.

Graphique 2 Durée moyenne de séjour en hospitalisation complète en 2020

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 2020, traitements DREES, pour l'activité de MCO et de SSR et de HAD ; DREES, SAE 2020, traitements DREES, pour la psychiatrie.

L'hospitalisation à domicile continue à se développer mais à un rythme plus soutenu

L'hospitalisation à domicile (HAD) est un système organisé et coordonné de soins complexes et continus entre l'hôpital et le médecin traitant qui permet ainsi d'éviter ou de raccourcir une hospitalisation en MCO ou en SSR. Contrairement aux autres disciplines, l'HAD a poursuivi son expansion durant la crise sanitaire. Sa capacité d'accueil a progressé en 2020 (+10,5 %), tout comme son nombre de séjours (+15,8 %). En 2020, 21 300 patients peuvent ainsi être pris en charge simultanément en HAD.

Alternatives à l'hospitalisation, 14,3 millions de séances de chimiothérapie, de radiothérapie et de dialyse ont été effectuées en 2020. Tandis que le nombre de séances de dialyse continue à progresser, le nombre de séances de chimiothérapie reste stable et celui de radiothérapies

diminue de 4,1 %. Enfin, en 2020, les 691 structures des urgences françaises ont pris en charge 18,1 millions de passages, soit une baisse historique de 18,7 % par rapport à 2019. Celle-ci s'explique directement par la crise sanitaire et constitue une rupture avec la tendance à la hausse observée depuis 1996.

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 à fin 2019¹. 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).

¹ Ces données sont issues de la Statistique annuelle des établissements de santé (SAE). En raison de la crise sanitaire,

elles n'ont pas pu être collectées dans la SAE 2020. L'analyse de cette fiche porte donc sur les seules données 2019.

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 (qui font partie des postes de personnels non soignants) 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. L'ensemble du financement des hôpitaux par l'AM, principalement *via* ce mécanisme de tarif, est piloté 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'AM¹ (77 % des ressources du budget principal², qui regroupe les activités de court et de moyen séjours ainsi que de psychiatrie) et le principal poste de dépense concerne le personnel (64 % des dépenses du budget principal³). Les hôpitaux publics, déficitaires depuis 2013, atteignent quasiment l'équilibre en 2020⁴. Après un léger rebond en 2019, l'effort d'investissement repart à la baisse et atteint 4,4 % des recettes en 2020, après 4,7 % en 2019. Le ratio d'indépendance financière⁵ (part des dettes au sein des capitaux permanents), s'établit à 50,8 % en

¹ Les indicateurs présentés dans ce paragraphe ont fait l'objet d'une révision méthodologique en 2022 (Richet, 2022). Ainsi, les chiffres obtenus pour 2019 peuvent différer de ceux publiés dans l'édition précédente.

² La hausse de la participation de l'AM de 2 points par rapport à 2019 (75 %) provient principalement du dispositif de garantie de financement mis en place pour sécuriser les recettes des établissements de santé dans le contexte sanitaire exceptionnel (Toutlemonde, 2022).

³ La part des dépenses de personnel dans les charges augmente de 1 point par rapport à 2019 (63,0 %) du fait de diverses mesures permettant de faire face à la crise sanitaire (augmentation de l'emploi hospitalier dans le secteur public de +1,9 % entre 2019 et 2020, revalorisations salariales prévues par le Ségur de la santé, prime exceptionnelle versée

au personnel hospitalier dans le cadre de l'épidémie et majoration des heures supplémentaires de 50 % pendant la crise [Gonzalez, et al., 2021 ; Toutlemonde, 2022]).

⁴ Cela s'explique par la forte croissance des recettes (+7,5 % par rapport à 2019), qui viennent compenser celles des dépenses (+6,8 % par rapport à 2019).

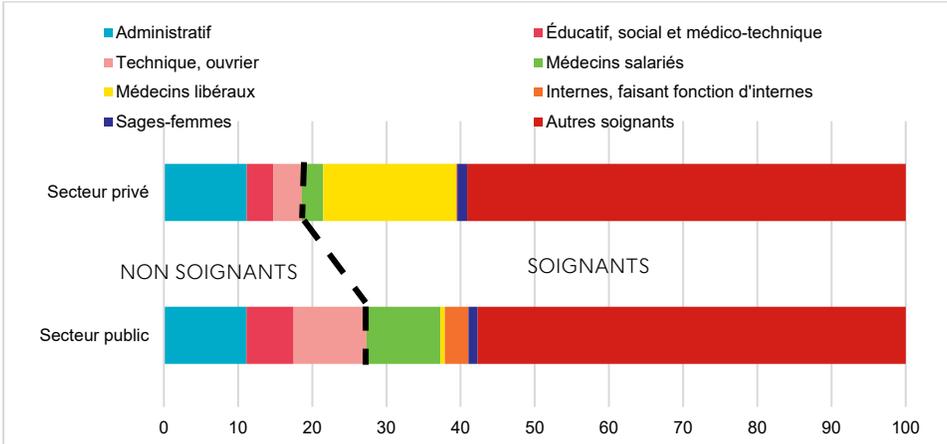
⁵ Dans les éditions précédentes, l'encours de la dette rapporté aux capitaux permanents était appelé « taux d'endettement ». Cet indicateur est désormais dénommé « ratio d'indépendance financière », en référence à l'article D. 6145-70 du Code de la santé publique (Richet, 2022), qui définit une situation de surendettement des hôpitaux publics. Contrairement à ce que son nom indique, le ratio d'indépendance financière apprécie plutôt une situation de dépendance financière : plus il est élevé, plus le poids de la dette dans les capitaux permanents de l'établissement est lourd.

2020, après 52,1 % en 2019 : la baisse amorcée en 2019 se confirme, en rupture avec la hausse continue observée depuis 2005. Le secteur privé est globalement excédentaire. Son effort d'investissement poursuit sa hausse un peu plus

lentement qu'en 2019 ; il représente 4,8 % des recettes. Son ratio d'indépendance financière, qui atteint 34,5 % des capitaux permanents en 2020, se replie de manière régulière depuis son dernier point haut de 2011 (57,4 %).

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'acquiescer 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

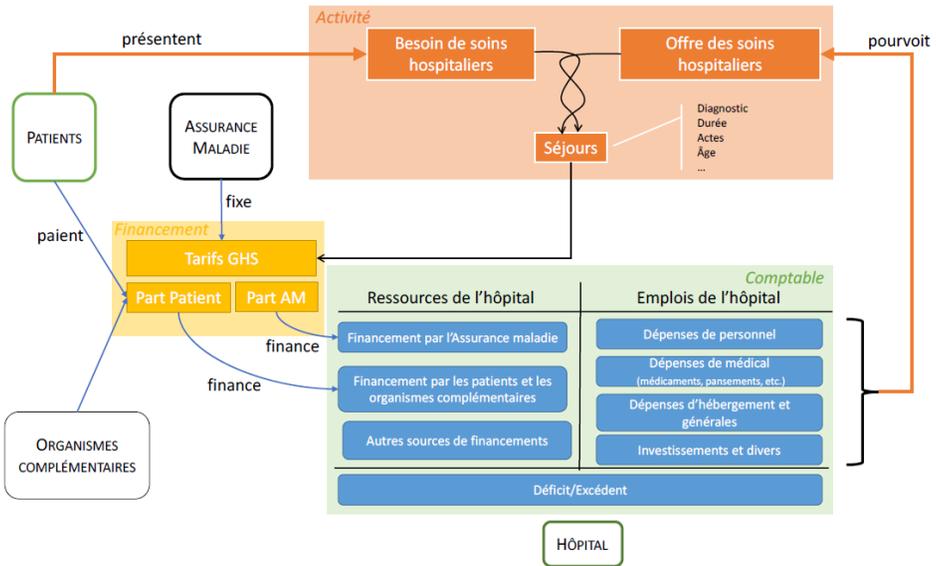
Au-delà du financement de l'AM, les établissements sont financés par les ménages (patients), directement ou *via* les organismes complémentaires (tableau 2). Ces paiements comportent deux volets : l'hébergement et les soins. Premièrement, la participation aux frais d'hébergement est calculée grâce au 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 connexes 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 (per-

sonnel, 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	Assurance maladie	Séjour		Médecins libéraux	
			Patient (et complémentaire)	Assurance maladie	Patient (et complémentaire)	
Patient sans motif d'exonération	Public	80 % du tarif de référence public	max(20% x TJP x durée ; FJH x durée) + FJH	Aucun	Aucun	
	Privé	80 % du tarif de référence privé	max(20% x tarif de référence privé ; FJH x durée) + 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 € + FJH x (durée + 1)	Aucun	Aucun	
	Privé	100 % du tarif de référence privé - part patient	24 € + FJH x (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	FJH x (durée + 1)	Aucun	Aucun	
	Privé	100 % du tarif de référence privé - part patient	FJH x (durée + 1)	100 % du tarif de remboursement	Dépassement d'honoraires	
Patient en maternité ou en AT-MP	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 ; AT-MP : 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

- > **Richet, J. (2022, juillet).** *Apprécier la situation économique des établissements de santé.* DREES, coll. Dossier méthodologique de la DREES, 3.
- > **Toutlemonde, F. (dir.) (2021, juillet).** *Les établissements de santé - édition 2021.* Paris, France : DREES coll. Panoramas de la DREES-Santé.
- > **Toutlemonde F. (dir.) (2022, juillet).** *Les établissements de santé en 2020 (édition 2022), Synthèse sur le Covid-19.* DREES, coll. Panoramas de la DREES-Santé.