

Le secteur hospitalier comprend un peu moins de 3 000 établissements de santé. En 2021, la crise sanitaire liée à l'épidémie de Covid-19 a continué de perturber fortement l'activité hospitalière. Après la nette baisse d'activité de 2020, le nombre de journées d'hospitalisation partielle a rebondi (+26,3 %), tout comme celui des séjours d'hospitalisation complète (avec nuitée, +3,3 %). Ces hausses n'ont toutefois pas permis de retrouver les niveaux d'activité observés avant 2020. Le nombre de passages aux urgences a également fortement augmenté (+12,2 %), sans renouer pour autant avec les niveaux atteints en 2019. Le secteur public offre 73 % des capacités d'accueil et concentre 85 % des 1,4 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 cabinet 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 et d'activité.

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 2021, 12,7 millions de patients sont hospitalisés dans les trois disciplines, un nombre en nette progression après la forte baisse de 2020 (+8,9 % après -9,8 % en 2020). 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 nombre de séjours d'hospitalisation complète a augmenté en 2021 (+3,3 %), sans toutefois retrouver le niveau observé en 2019. L'activité a davantage augmenté dans le secteur public (+3,5 %) que dans le secteur privé (+2,3 %).

La progression est significative aussi bien en MCO (+3,7 %) qu'en psychiatrie (+4,3 %).

En revanche, le repli de l'activité se poursuit en SSR (-1,8 %) et en soins de longue durée (SLD) [-5,2 %]. Le nombre de journées d'hospitalisation partielle a beaucoup plus nettement rebondi (+26,3 %), à la fois dans le secteur public (+26,8 %) et le secteur privé (+25,6 %). En MCO, l'activité partielle retrouve, en 2021, un niveau supérieur à celui de 2019 et conserve, sur l'ensemble des années 2020 et 2021, un rythme de progression proche de celui constaté avant la crise sanitaire (+3,3 % par an en moyenne). En revanche, les hausses constatées en SSR (+41,2 %) et en psychiatrie (+23,8 %) ne compensent que partiellement les baisses observées en 2020.

La structure des activités des établissements de santé continue de se différencier selon leur statut juridique, tant en matière de grandes disciplines que de modes de prise en charge.

Le secteur public offre 71 % des capacités d'accueil en hospitalisation partielle et 74 % 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 (66 %). 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 61 % des places en MCO, 92 % en PSY et 59 % 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 grandes disciplines se distinguent par leur durée

moyenne de séjour (DMS) en hospitalisation complète : de 5,6 jours en MCO, elle atteint 30,9 jours en PSY et 33,0 jours en SSR. Comme en 2020, 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 2021, le nombre de lits recule à un rythme proche de celui observé avant la crise sanitaire

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 2021, le nombre total de lits d'hospitalisation complète recule à un rythme proche de celui observé avant la crise sanitaire (-1,0 %, contre -0,9 % par an en moyenne sur la période 2013-2019), principalement en MCO. Dans le secteur privé, le nombre de lits se replie en MCO, mais il progresse en PSY et en SSR. En revanche, le nombre total de places d'hospitalisation partielle augmente plus rapidement en 2021 qu'avant la crise sanitaire (+3,4 %, 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 2021

	Hospitalisation partielle (en places)			Hospitalisation complète (en lits)		
	Secteur public	Secteur privé	Ensemble	Secteur public	Secteur privé	Ensemble
Ensemble	58 895	23 529	82 424	260 534	91 915	352 449
MCO	21 568	14 068	35 636	152 894	42 423	195 317
PSY	27 284	2 519	29 803	38 986	14 647	53 633
SSR ¹	10 043	6 942	16 985	68 654	34 845	103 499

MCO : médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie ; PSY : psychiatrie ; SSR : soins de suite et de réadaptation.

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

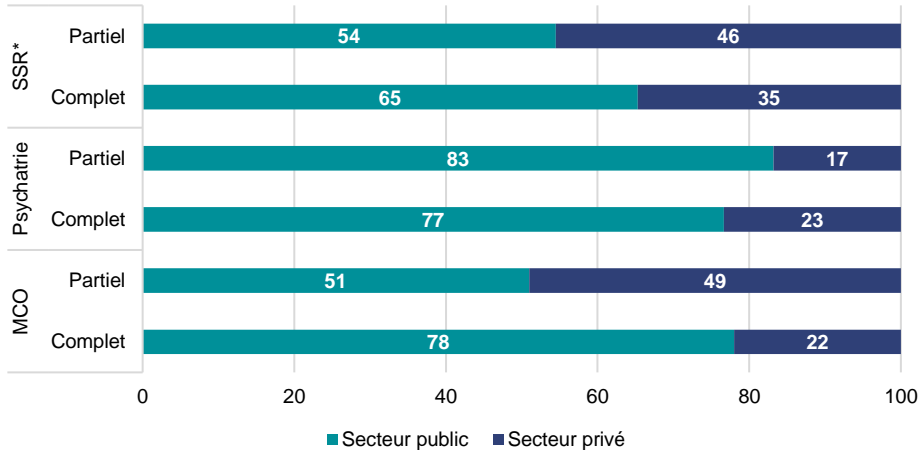
Note > Les hospitalisations complètes excluent les soins de longue durée.

Champ > France, y compris le SSA.

Source > DREES, SAE 2021, traitements DREES.

Graphique 1 Répartition des séjours d'hospitalisation complète et des journées d'hospitalisation partielle, par discipline et par statut juridique, en 2021

En %



MCO : médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie ; SSR : soins de suite et de réadaptation.

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

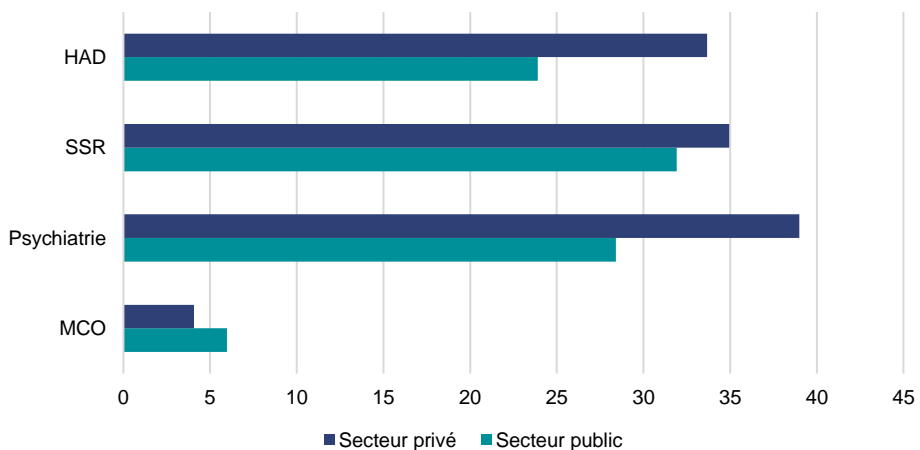
Note > On parle de séjours pour l'hospitalisation à temps complet et de journées pour l'hospitalisation à temps partiel. Les soins de longue durée ne sont réalisés qu'à temps complet.

Champ > France, y compris le SSA.

Sources > ATIH, PMSI-MCO et PMSI-SSR 2021, traitements DREES, pour l'activité de court séjour et de SSR ; DREES, SAE 2021, traitements DREES, pour la psychiatrie.

Graphique 2 Durée moyenne de séjour en hospitalisation complète en 2021

En jours



MCO : médecine, chirurgie, obstétrique, odontologie ; SSR : soins de suite et de réadaptation ;

HAD : hospitalisation à domicile.

Champ > France, y compris le SSA.

Sources > ATIH, PMSI-MCO, PMSI-SSR et PMSI-HAD 2021, traitements DREES, pour l'activité de MCO, de SSR et de HAD ; DREES, SAE 2021, traitements DREES, pour la psychiatrie.

L'hospitalisation à domicile continue de progresser

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. L'HAD continue de se développer en 2021, mais à un rythme un peu ralenti, contre-coup de la forte accélération constatée en 2020. Le nombre de séjours d'HAD a progressé en 2021 (+3,7 % après +15,8 % en 2020), tout comme le nombre de journées associées (+2,5 % après +10,5 % en 2020). En 2021, 22 800 patients peuvent ainsi être pris en charge simultanément en HAD.

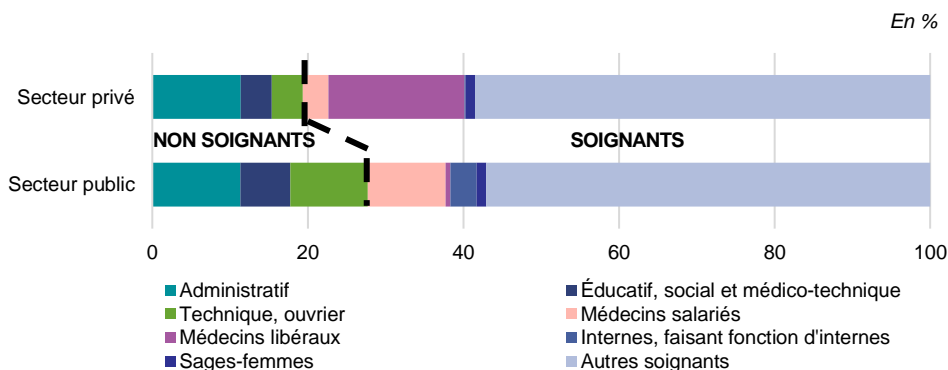
Après un ralentissement en 2020, les alternatives à l'hospitalisation classique retrouvent leur dynamisme : 14,9 millions de séances de chimiothérapie, de radiothérapie et de dialyse ont été effectuées en 2021, en hausse de 4,5 % par rapport à 2020. Ce rebond n'efface pas complètement les effets du net ralentissement observé en 2020 (+0,7 %), en raison notamment de la stagnation du nombre de séances de chimiothérapie et de la baisse du nombre de séances de radiothérapie. Enfin, en 2021, les 693 structures des urgences françaises ont pris en charge 20,4 millions de passages, soit une hausse de 12,2 % par rapport à 2020. Cette augmentation ne compense que partiellement la diminution historique observée en 2020 (-17,3 %), qui s'expliquait directement par la crise sanitaire.

Davantage de personnel non soignant dans le secteur public

Le secteur public concentre 85 % des 1,4 million de postes du personnel hospitalier en 2021. 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 28 % 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 11 %).

Graphique 3 Structure des postes hospitaliers en 2021



Note > 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'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 le SSA.

Source > DREES, SAE 2021, traitement DREES.

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, de moderniser les équipements et de renforcer l'attractivité des métiers.

La principale source de financement des hôpitaux publics est l'AM¹ (78 % 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). Après une nette amélioration de la situation financière des hôpitaux

publics en 2020, essentiellement portée par les dispositifs exceptionnels de soutien face à la crise sanitaire, les comptes des hôpitaux publics se dégradent à nouveau en 2021. Le déficit global de leur résultat net atteint 415 millions d'euros, après 92 millions en 2020. L'effort d'investissement repart légèrement à la hausse en 2021, en raison notamment des engagements décidés lors du Ségur de la santé. Les investissements représentent 4,7 % des recettes (4,4 % en 2020), un ratio proche de celui observé en 2018 et 2019. Le ratio d'indépendance financière⁴ (part des dettes au sein des capitaux permanents) diminue pour la troisième année consécutive et passe de 51,1 % en 2020 à 46,8 % en 2021 : la baisse amorcée en 2019 se confirme, en rupture avec la hausse continue observée de 2005 à 2018. Ces améliorations plus marquées en 2021 sont dues aux mesures de restauration des capacités financières prévues dans le cadre du Ségur de la santé. Le secteur privé est globalement excédentaire. Son effort d'investissement poursuit sa reprise amorcée en 2019 et atteint 5,4 % des recettes en 2021. Son ratio d'indépendance financière, qui atteint 32,5 % des capitaux permanents en 2021, se replie de manière régulière depuis son dernier point haut de 2011 (57,4 %).

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

au personnel hospitalier dans le cadre de l'épidémie et majoration des heures supplémentaires de 50 % pendant la crise [Gonzalez, *et al.*, 2021 ; Toutlemonde, 2023]).

⁴ 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.

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.

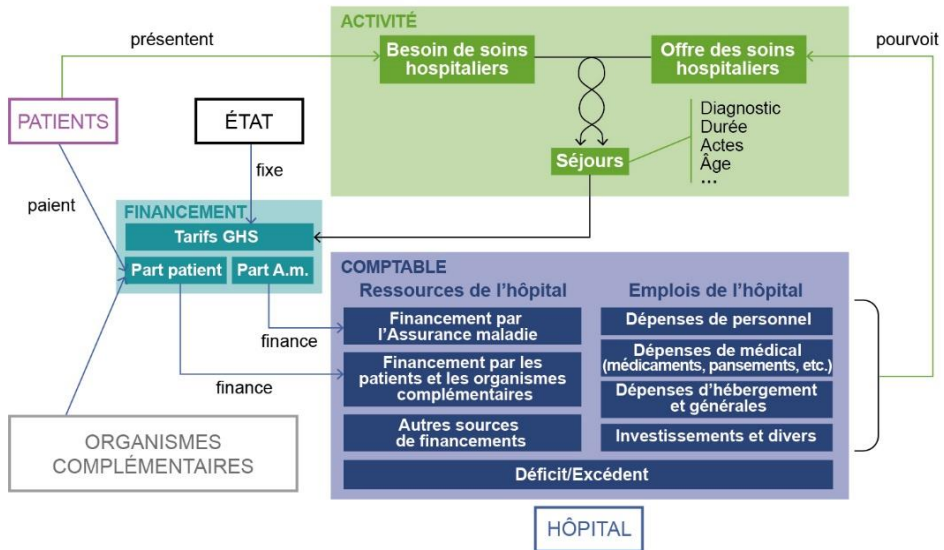
² La hausse de la participation de l'AM de 3 points par rapport à 2019 (75 %) provient principalement des crédits de dotations exceptionnels et du dispositif de garantie de financement mis en place pour sécuriser les recettes des établissements de santé dans le contexte sanitaire exceptionnel (Toutlemonde, 2023).

³ La part des dépenses de personnel dans les charges reste stable en 2021, mais a augmenté 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

(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 affectation de longue durée (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 % 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, *DREES Méthodes*, 3.
- > **Toutlemonde, F. (dir.)** (2022, juillet). *Les établissements de santé – Édition 2022*. Paris, France : DREES, coll. Panoramas de la DREES-Santé.
- > **Toutlemonde, F. (dir.)** (2023, juillet). *Les établissements de santé en 2021*. DREES, *Les Dossiers de la DREES*, 111.