

Anatomie du financement des établissements de santé

Sur la base de l'Ondam exécuté pour 2021 : 240,1 milliards d'euros

Établissements de santé 96,8 Mds€

La « part tarifs »

Comprend ce que l'on appelle les « tarifs hospitaliers » – le cœur du réacteur – et d'autres financements, comme ceux des actes et consultations externes. Les « tarifs hospitaliers » sont fixés chaque année par arrêté et répondent au nom de GHS, pour groupement homogène de séjour. Ils prennent la forme de codes tarifaires, qui constituent une base de calcul pour le remboursement de l'Assurance maladie. Chaque structure va ainsi bénéficier de financements en fonction de son activité. C'est la tarification à l'activité (ou T2A), au sens strict du terme par opposition à son emploi parfois plus large pour désigner l'ensemble des dépenses affectées au champ MCOO.

51,84 Mds€

Migac MCOO

Acronyme baroque pour désigner les financements versés aux établissements dans le cadre des missions d'intérêt général (MIG) et des aides à la contractualisation (AC), « Migac » donc. Les premières financent par exemple les missions d'enseignement de recherche, de rôle de référence et d'innovation (Merri). Les secondes servent notamment à financer le développement d'activités ou l'investissement des établissements.

12,06 Mds€

La « liste en sus »

Dans la plupart des cas, le financement des médicaments et dispositifs médicaux utilisés dans les établissements de santé est inclus dans les tarifs hospitaliers. Mais il existe des exceptions pour certains produits de santé innovants et coûteux, qui sont alors pris en charge en sus des tarifs hospitaliers, d'où le nom de l'enveloppe grâce à laquelle ils sont financés.

5,95 Mds€

Les « dotations urgences »

Depuis 2021, les structures de médecine d'urgence ne sont plus financées par une tarification forfaitaire, dépendant principalement du volume de passages aux urgences, mais par un « mode de financement mixte ». Il se compose notamment d'une dotation « populationnelle » – visant à prendre en compte les caractéristiques de la population et des territoires, comme l'état de santé – et d'une dotation à la qualité.

2,62 Mds€

Les forfaits annuels (dont lfaq)

La principale enveloppe de ce financement est le dispositif d'incitation du financement à la qualité de soins, ou lfaq. Celui-ci est versé en fonction des résultats obtenus aux indicateurs fixés par le ministère de la Santé. Par exemple, les atteintes des objectifs d'alimentation du dossier médical partagé (DMP).

0,55 Mds€

Hors champ T2A, dont dotations à la psychiatrie

23,78 Mds€

FIR « établissements de santé » 2,6 Mds€

Le fonds d'intervention régional, affecté par les agences régionales de santé (ARS), est un sous-objectif de l'Ondam à part entière. Seule une partie est consacrée aux établissements de santé, mais à quelle hauteur ? En 2023, la Cour des comptes observe que la Direction de la Sécurité sociale (DSS) ne dispose pas de ce montant « en raison des missions transversales qui sont attribuées » aux établissements. Elle l'estime entre 60 % et 80 % du montant total du FIR.

Sources : Rapport du PLFSS pour 2023 par la commission des Affaires sociales du Sénat et rapport 2023 de la Cour des comptes sur la tarification à l'activité (T2A).

Note : Contexte s'est appuyé sur les chiffres de l'Ondam exécuté pour 2021, soit le dernier disposant de données complètes et accessibles.

Illustration : Brice Marchal