

Le secteur hospitalier comprend un peu moins de 3 000 établissements de santé. En 2022, le nombre de journées d'hospitalisation partielle progresse de 6,5 % et dépasse de 2,5 % son niveau d'avant la crise sanitaire. En revanche, en hospitalisation complète (avec nuitée), le nombre de séjours diminue de 0,9 % et est inférieur de 10,4 % à son niveau d'avant-crise. Le nombre de passages aux urgences a également augmenté (+6,5 %), sans renouer avec son niveau de 2019. Le secteur public offre 73 % des capacités d'accueil. Le secteur hospitalier public et privé totalise 1,4 million de salariés fin 2021.

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 (caractérisés 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 la 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) rassemble les soins les plus répandus ;
- la discipline des « soins de suite et de réadaptation » (SSR) – appelés « soins médicaux et de réadaptation » (SMR), depuis le 1^{er} juin 2023 – concerne les soins faisant suite à

des lésions traumatiques, des poses de prothèses, etc. ;

Ces deux disciplines regroupent des prises en charge à temps complet (séjours avec nuitée), à temps partiel (séjours sans nuitée) ou en hospitalisation à domicile (HAD).

- la discipline de « psychiatrie » (PSY) accueille des patients souffrant de troubles psychiques, pris en charge en hospitalisation complète¹⁰ ou en hospitalisation partielle¹¹.

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) : ils ne sont pas étudiés dans cette fiche.

En 2022, 12,9 millions de patients sont hospitalisés dans les trois disciplines, à un niveau quasi identique à celui de 2019 (-0,1 %), en progression de 1,7 % en 2022 (après +9,0 % en 2021 et -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 SMR, par exemple). Outre les compétences médicales mobilisées (plus ou moins d'actes techniques par exemple), les modalités de prise en charge (recours à l'hospitalisation complète ou partielle notamment) diffèrent entre privé et public et selon la discipline.

¹⁰ Au sein des prises en charge à temps complet, cette fiche prend en compte uniquement les hospitalisations à temps plein, mais pas l'accueil familial thérapeutique, celui en centre de postcure, etc.

¹¹ Ne sont pas pris en compte dans cette fiche les prises en charge ambulatoires (centres médico-psychologiques, unités de consultation des services, centre d'accueil thérapeutique à temps partiel...).

Le nombre de séjours d'hospitalisation complète diminue de 0,9 % en 2022 (après +3,3 % en 2021 et -12,4 % en 2020), pour une baisse cumulée de 10,4 % depuis 2019. Le recul est plus faible dans le public que dans le privé, entre 2021 et 2022 (-0,6 % dans le public, -2,0 % dans le privé), comme entre 2019 et 2022, (-9,4 % dans le public et -13,5 % dans le privé). En 2022, la diminution de l'activité d'hospitalisation complète est moins prononcée en MCO (-0,9 %) qu'en SMR (-1,2 %), et qu'en psychiatrie (-1,4 %). Par rapport à 2019, c'est également le cas (-9,5 % en MCO contre -17,7 % en SMR et -12,0 % en psychiatrie). Le recul par rapport à l'avant-crise sanitaire, certes plus faible en MCO (-8,2 % dans le public contre -14,1 % dans le privé) est en revanche plus marqué en SMR (-20,1 % contre -13,1 %) et en psychiatrie (-14,5 % contre -2,8 %).

Le nombre de journées d'hospitalisation partielle progresse de 6,5 % en 2022, davantage dans le secteur privé (+9,0 % en 2022) que dans le public (+4,8 %). L'activité d'hospitalisation partielle du public est inférieure de 5,1 % à son niveau de 2019 et supérieure de 13,8 % dans le secteur privé. En MCO, l'activité

partielle progresse de 5,0 % en 2022 et atteint un niveau supérieur de 11,9 % à celui de 2019 (supérieur de 13,3 % dans le public, et de 10,5 % dans le privé). En SMR les hausses successives constatées en 2021 (+41,2 %) puis en 2022 (+11,9 %) compensent la baisse de 32,7 % observée en 2020 : le niveau d'activité de 2022 dépasse de 6,3 % le niveau d'avant-crise ; il lui est supérieur de 20,8 % dans le privé, mais inférieur de 4,0 % dans le public. En psychiatrie, l'activité partielle augmente en 2022 (+3,8 % après +18,9 % en 2021 et -34,6 % en 2020), mais reste inférieure de 19,3 % à son niveau de 2019 ; elle lui est inférieure de 24,7 % dans le public, mais supérieure de 14,2 % dans le privé.

La structure des activités des établissements de santé diffère 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 (soit 60 000 des 85 000 places ouvertes), 74 % en hospitalisation complète et 79 % en hospitalisation à domicile (HAD) [tableau 1].

Tableau 1 Capacité d'accueil des établissements de santé en lits et en places, fin 2022

	Niveaux		Ensemble	Part (en %)	
	Secteur public	Secteur privé		Secteur public	Secteur privé
Hospitalisation complète (en lits)	253 752	90 882	344 634	74	26
MCO	149 341	40 950	190 291	78	22
PSY	37 730	14 856	52 586	72	28
SMR (ex-SSR) ¹	66 681	35 076	101 757	66	34
Hospitalisation partielle (en places)	60 032	24 983	85 015	71	29
MCO	22 405	14 741	37 146	60	40
PSY	27 175	2 716	29 891	91	9 %
SMR (ex-SSR) ¹	10 452	7 526	17 978	58	42
HAD²	18 368	4 781	23 149	79	21

MCO : médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie ; PSY : psychiatrie ; SMR : soins médicaux et de réadaptation ; SSR : soins de suite et de réadaptation ; HAD : hospitalisation à domicile.

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

2. L'HAD est un mode de prise en charge alternatif à l'hospitalisation complète, au même titre que l'hospitalisation partielle, dont elle ne fait pas partie. Les « places » d'accueil en HAD ne correspondent pas à un nombre de « places », mais de patients pouvant être pris en charge en même temps par les structures proposant de l'HAD.

Champ > France, y compris le service de santé des armées (SSA).

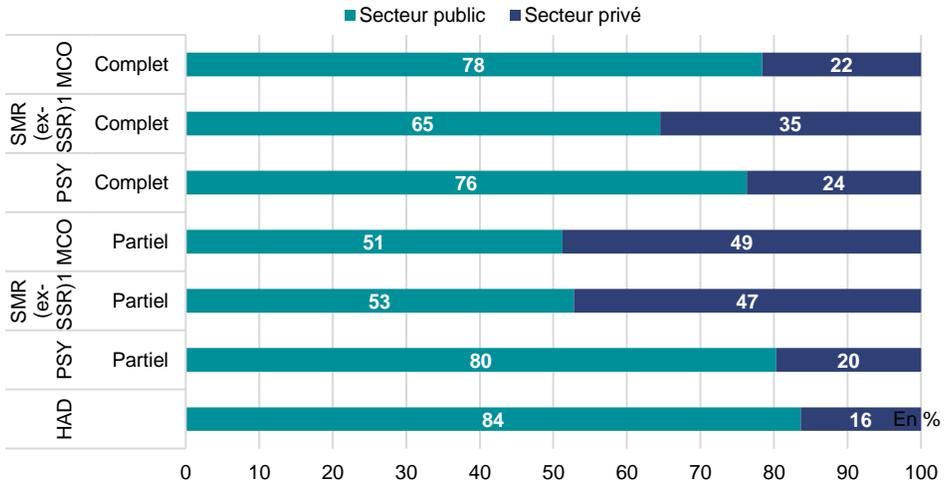
Source > DREES, SAE 2022.

Le secteur public représente une plus grande part des lits d'hospitalisation complète en MCO (78 %), qu'en psychiatrie (72 %) ou en SMR (66 %). En termes d'activité, la part du secteur public dans le total des séjours d'hospitalisation complète est cependant équivalente en MCO et en psychiatrie (respectivement 78 % et 76 %) [graphique 1].

En hospitalisation partielle, le secteur public concentre 91 % des places en psychiatrie, mais 60 % en MCO et 58 % en SMR. Les cliniques privées recourent davantage à l'hospitalisation partielle en MCO, si bien que le secteur privé réalise 49 % des journées d'hospitalisation partielle en MCO, alors qu'il

ne représente que 40 % des places. En chirurgie ambulatoire, le secteur privé lucratif dispose de 61 % des places et concentre 65 % des journées d'hospitalisation partielle. 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 30,8 jours en psychiatrie et 33,8 jours en SMR. Comme en 2021 et 2020, la DMS demeure plus longue dans le public que dans le privé pour les séjours de MCO, mais elle y est plus courte pour les séjours de SMR et surtout pour ceux de psychiatrie et en HAD (graphique 2).

Graphique 1 Répartition des séjours d'hospitalisation complète et d'HAD et des journées d'hospitalisation partielle, par discipline et par statut juridique, en 2022



MCO : médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie ; PSY : psychiatrie ; SMR : soins médicaux et de réadaptation ; SSR : soins de suite et de réadaptation ; HAD : hospitalisation à domicile.

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

Note > On parle de séjours pour l'hospitalisation à temps complet et l'HAD et de journées pour l'hospitalisation à temps partiel. Pour la psychiatrie, les séjours d'hospitalisation à temps complet, autres que le temps plein, ne sont pas pris en compte dans ce graphique (accueil familial thérapeutique, appartements thérapeutiques, etc.).

Champ > France, y compris le service de santé des armées (SSA).

Sources > ATIH, PMSI-MCO, PMSI-SSR 2022, PMSI-HAD pour l'activité de court séjour (MCO), de SSR et d'HAD ; calculs DREES ; DREES, SAE 2022, pour la psychiatrie.

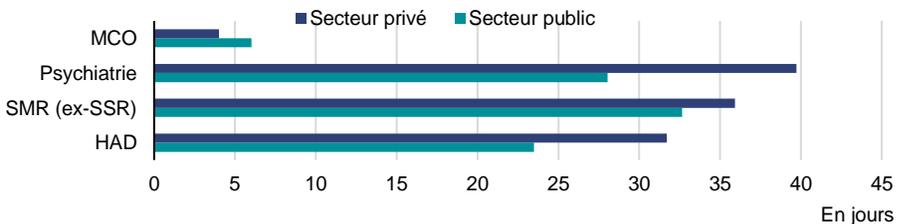
Le nombre de lits recule davantage depuis la crise sanitaire

Depuis une vingtaine d'années, le nombre de places d'hospitalisation partielle augmente régulièrement (+2,9 % par an en moyenne de 2003 à 2019), tandis que le nombre de lits d'hospitalisation complète diminue (-0,5 % par an en moyenne). Ce « virage ambulatoire » concerne le champ MCO et la psychiatrie, mais pas les SMR, où le nombre de lits en hospitalisation complète a progressé sur la période. Cette tendance à la baisse des lits d'hospitalisation complète s'accroît à partir de 2020. Le nombre de lits diminue de 1,3 % en 2020 puis de 1,4 % en 2021

(contre -0,9 % par an en moyenne sur la période 2013-2019) et recule à nouveau de 1,8 % en 2022. Cette tendance s'observe tous secteurs confondus dans toutes les disciplines. Dans le secteur privé, le nombre de lits se replie en MCO, mais il progresse en psychiatrie et en SMR.

Dans le même temps, le nombre total de places d'hospitalisation partielle augmente plus rapidement en 2022 qu'avant la crise sanitaire (+3,1 % après +3,4 % en 2021, comparé à +2,5 % par an sur la période 2013-2019), avec une hausse concentrée sur le secteur privé.

Graphique 2 Durée moyenne de séjour en hospitalisation complète et HAD, en 2022



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

Champ > France, y compris le service de santé des armées (SSA).

Sources > ATIH, PMSI-MCO, PMSI-SSR et PMSI-HAD 2022, pour l'activité de MCO, de SSR et de HAD, calculs DREES ; DREES, SAE 2022, pour la psychiatrie.

Les alternatives à l'hospitalisation complète continuent 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 SMR. L'HAD continue de se développer en 2022, mais à un rythme ralenti, contrecoup de la forte accélération constatée en 2020. Le nombre de séjours d'HAD a progressé de +2,8 % en 2022 (après +3,7 % en 2021 et +15,9 % en 2020), tout comme le nombre de journées associées (+0,5 % après +2,5 % en 2021). En 2022, 23 100 patients peuvent ainsi être pris en charge simultanément en HAD.

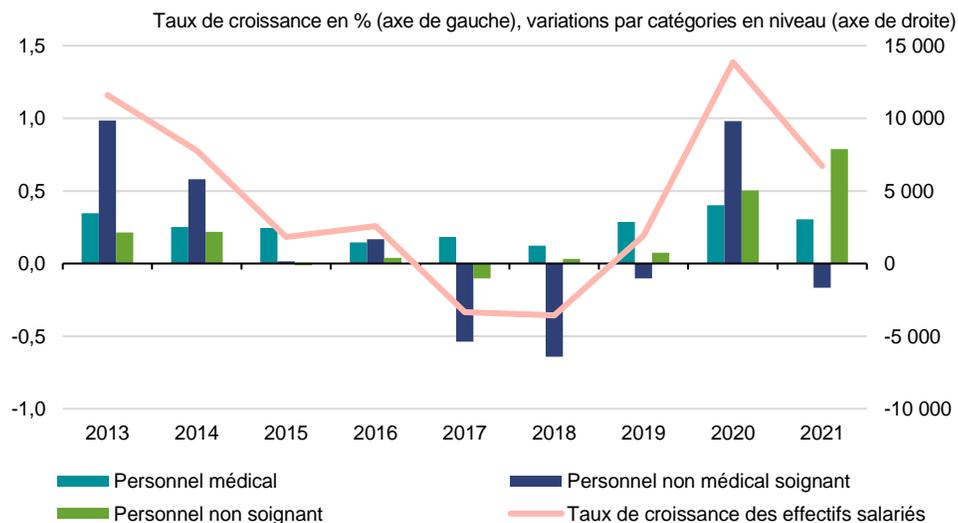
Les autres alternatives à l'hospitalisation classique progressent modérément en 2022 : 15,0 millions de séances de chimiothérapie, de radiothérapie et de dialyse ont été effectuées, en hausse de 0,6 % après +4,5 % en 2021. Cette croissance, plus modérée qu'avant la crise sanitaire (+3,0 % par an en

moyenne entre 2013 et 2019) diffère selon le type de traitement : les séances de chimiothérapie ambulatoire progressent fortement (+3,7 %), celles de dialyse augmentent peu (+0,8 %) et celles de radiothérapie baissent (-2,6 %).

Cette disparité s'observe également par rapport à l'avant-crise sanitaire : si le nombre de séances est supérieur, en 2022, de 5,9 % par rapport à l'année 2019 pour l'ensemble des séances, il a plus fortement augmenté pour les séances de chimiothérapie (+12,6 % par rapport au niveau de 2019), que pour celles de dialyse (+5,7 %) ou de radiothérapie (+1,5 %).

Enfin, en 2022, les 688 structures des urgences françaises ont pris en charge 21,6 millions de passages, soit une hausse de 6,2 % par rapport à 2021 (après +12,5 % en 2021 et -17,7 % en 2020), mais un niveau qui reste en retrait de 1,8 % par rapport à 2019, alors que le nombre de passages aux urgences augmentait continuellement avant crise sanitaire (+2,7 % en moyenne par an).

Graphique 3 Taux de croissance des effectifs salariés des établissements de santé publics et privés et variations par catégories



Note > Le personnel médical regroupe les médecins et assimilés salariés, les internes, docteurs juniors et faisant fonction d'internes et les sages-femmes salariées. Le personnel non médical soignant regroupe les infirmières, les aides-soignantes ainsi que le personnel salarié d'encadrement des services de soins, les salariés psychologues, psychanalystes et psychothérapeutes non médecins, les agents de services hospitaliers et le personnel de rééducation. La catégorie « personnel non soignant » regroupe le personnel administratif, le personnels éducatif et social, le personnel médico-technique, technique et ouvrier.

Lecture > En 2021, les effectifs salariés hospitaliers croissent de 0,7 % par rapport à 2020 : les effectifs de personnel non soignant augmentent de 7 900, ceux de personnel médical de 3 000, tandis que les effectifs de personnel non médical soignant diminuent de 1 700.

Champ > Salariés du secteur hospitalier, public et privé, présents au 31 décembre (personnes physiques), y compris contrats aidés, hors stagiaires, externes et apprentis ; France.

Sources > Insee, SIASP et DADS/BTS, calculs DREES ; DREES, SAE.

1,4 million de salariés dans le secteur hospitalier fin 2021

Fin 2021, 1,4 million de salariés sont employés dans le secteur hospitalier, public et privé. Ces effectifs ralentissent en 2021 (+0,7 %), après avoir augmenté de façon marquée en 2020 dans le contexte de la crise sanitaire (+1,4 %) [graphique 3].

Alors que toutes les catégories de personnel avaient progressé en 2020, en 2021, cette augmentation est tirée par les personnels non soignants (salariés de la filière administrative et autres personnels non soignants) et le personnel médical hors sages-femmes (soit les médecins et assimilés ainsi que les internes, docteurs juniors et faisant fonction d'internes). Le nombre de personnels soignants non médicaux (infirmières, aides-soignantes et autres personnels soignants) diminue sous l'effet d'un repli du nombre d'infirmières.

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

Le financement du secteur hospitalier suit 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, un tarif de référence est fixé pour les établissements du secteur public, d'une part, et pour ceux du secteur privé, d'autre part. Ces tarifs, souvent compris entre quelques centaines et quelques milliers d'euros, servent de base au financement du séjour par l'Assurance maladie. 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'Assurance maladie 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'Assurance maladie 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'Assurance maladie, principalement via ce mécanisme de tarif, est piloté chaque année par l'Objectif national des dépenses d'assurance maladie (Ondam) hospitalier.

La principale source de financement des hôpitaux publics¹ est l'Assurance maladie (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 (62 % des dépenses du budget principal³). En 2022, le déficit global des hôpitaux publics s'accroît et atteint 1,3 milliard d'euros (après 415 millions en 2021), soit 1,3 % de leurs recettes, une proportion inobservée depuis 2005. Cette très nette détérioration contraste avec l'amélioration apparente de leur situation financière en 2020, qui était essentiellement portée par les dispositifs exceptionnels de soutien face à la crise sanitaire. L'effort d'investissement poursuit cependant sa reprise et atteint 5,0 % des recettes en 2022 (après 4,7 % en 2021), en raison notamment des engagements pluriannuels décidés lors du Ségur de la santé et consolidés par l'article 50 de la loi de financement de la Sécurité sociale (LFSS) pour 2021⁴. Le ratio d'indépendance financière (part des dettes au sein des capitaux permanents) poursuit son amélioration et s'établit à 45,7 % en 2022, après 46,8 % en 2021 : le reflux entamé depuis 2019 se confirme, après la progression continue de 2005 à 2018. La restauration des capacités financières des hôpitaux est l'un des objectifs poursuivis par le Ségur de la santé, qui prévoit à cette fin un engagement de 6,5 milliards d'ici 2029.

Le secteur privé est globalement excédentaire. Son résultat net, très fortement soutenu par les subventions d'exploitation mises en place depuis la crise sanitaire liée à l'épidémie de Covid-19, atteint 627 millions d'euros en 2022 (après 598 millions en 2021). Il s'établit à 3,4 % des recettes, un niveau record, plus de deux fois plus élevé que ce qu'il était en 2019 (1,6 %). Son ratio d'indépendance financière, qui atteint 36,0 % des capitaux permanents en 2022, s'améliore de manière régulière depuis son dernier point haut de 2011 (46,4 %).

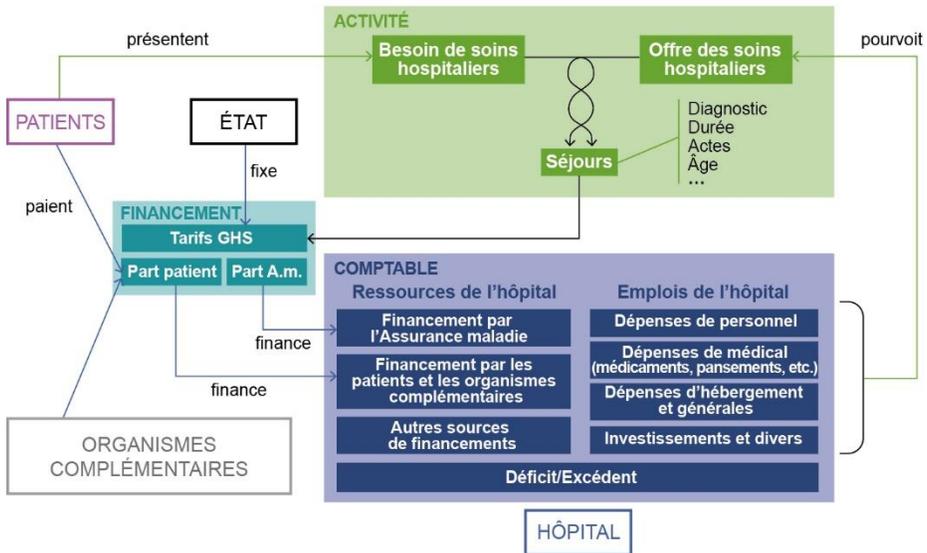
¹ Dans cette section uniquement, les hôpitaux publics ne tiennent pas compte des établissements privés à but non lucratif.

² La hausse de la participation de l'Assurance maladie 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 (Caze-nave-Lacrouz, 2024), ainsi que de la prise en charge des surcoûts engendrés par le traitement des patients affectés par le Covid-19.

³ La part des dépenses de personnel dans les charges reste stable en 2022, mais a augmenté de 1 point par rapport à 2019 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 d'une part par le Ségur de la santé, et, induites d'autre part, par la revalorisation d'un point d'indice de la fonction publique).

⁴ Sur l'engagement global de 19 milliards d'euros sur dix ans, 9 milliards d'euros ont vocation à financer directement de nouveaux investissements dans les établissements de santé.

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



A.m. : Assurance maladie ; GHS : groupe homogène de séjour.

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.

La participation des patients varie selon le secteur

Au-delà du financement de l'Assurance maladie, 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'Assurance maladie. Ces grands principes de tarification connaissent des exceptions : dispositif

affection de longue durée (ALD), accidentés 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 (fiche 18).

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'Assurance maladie. 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. ■

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 : accidents du travail et maladies professionnelles, 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

- > Cazenave-Lacroutz, A. (2024). Les établissements de santé en 2022 – Édition 2024. Paris, France : DREES, coll. Panoramas de la DREES-Santé.
- > Richet, J. (2022, juillet). [Apprécier la situation économique des établissements de santé](#). DREES, DREES Méthodes, 3.