



[Accueil](#) > [Professionnels](#) > [Gérer un établissement de santé / médico-social](#) > [Financement](#) >

[Financement des établissements de santé](#) > **Financement des établissements de santé**

Financement des établissements de santé

mise à jour : **23.02.22**

Établissements de santé, sociaux et médico-sociaux | Professionnels

La tarification à l'activité (T2A) est le mode de financement unique des établissements de santé, publics et privés.

Lancée en 2004 dans le cadre du plan « Hôpital 2007 », elle repose sur une logique de mesure de la nature et du volume des activités et non plus sur une autorisation de dépenses.

Les modes de financements antérieurs

Jusqu'en 2003, les établissements de santé connaissaient des modes de financements différents selon leur nature juridique.

La montée en charge de la tarification à l'activité

La disparité créée entre les établissements publics et les établissements privés à but non lucratif (établissements dits ex DG) d'une part, les établissements privés à but lucratif d'autre part, rendait plus complexes les dispositifs de contrôle des financements et difficile toute comparaison des coûts entre les 2 secteurs.

La loi du 27 juillet 1999 portant création de la CMU permet le lancement d'une expérimentation, à compter du 1er janvier 2000 et pour une durée de 5 ans, de nouveaux modes de financement des établissements de santé, publics et privés, basés sur une tarification à la pathologie.

Cet objectif a été repris en 2002 dans le plan « Hôpital 2007 ».

Depuis, la T2A constitue le mode unique de financement pour les activités de médecine, chirurgie et obstétrique (MCO) des établissements publics (ex DG) et des établissements privés (ex OQN).

Désormais, les ressources sont calculées à partir d'une mesure de l'activité produite conduisant à une estimation de recettes.

Le prix de chaque activité est fixé chaque année par le ministre chargé de la santé via le mécanisme des GHS / GHM.

Le programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI) permet de classer le séjour de chaque patient au sein d'un « groupe homogène de malades » (GHM) auquel est associé un (ou parfois plusieurs) « groupe(s) homogène(s) de séjour » (GHS).

Ceux-ci conditionnent le tarif de prise en charge par les régimes d'assurance maladie.

Toutefois, le mécanisme de montée en charge de la réforme a été conçu de façon différente pour le secteur privé (ex OQN) et le secteur public (ex DG). En effet, lors de la mise en place de la réforme, il a été choisi de prendre en compte les règles de gestion spécifiques de chaque secteur, afin de leur permettre de s'adapter du mieux possible au nouveau dispositif.

S'agissant du secteur public, la mise en place depuis 1983 d'une dotation globale (DG) annuelle a pesé sur le choix d'un mode de transition différent.

Ainsi, il a été décidé de maintenir une part de dotation annuelle résiduelle, complétée par la valorisation des données d'activités produites par le PMSI. Cette valorisation de l'activité s'est opérée d'année en année de façon croissante : 10% en 2004, 25% en 2005, 35% en 2006, 50% en 2007 et 100% en 2008.

Cela a conduit au maintien, en parallèle, d'une dotation annuelle complémentaire (DAC), faisant effet « d'amortisseur ».

Recettes x valorisation de l'activité + dotation résiduelle (DAC) = recettes de l'établissement

Concrètement, l'établissement devait disposer au 1er janvier 2008 du même montant de recettes que celui dont il aurait disposé dans le dispositif auparavant en vigueur (c'est-à-dire un montant de recettes composé d'une part issue de l'application des tarifs et d'une DAC). Pour répondre à cette exigence, un mécanisme de coefficient de transition a été mis en place, permettant de prendre en compte l'impact du passage à 100% T2A et assurant à l'établissement le maintien de son niveau de recettes.

Ce coefficient spécifique est calculé pour chacun des établissements.

Le dispositif de convergence intra-sectorielle, inscrit dès la loi de financement de la sécurité sociale (LFSS) 2004, se poursuit. Pour chaque établissement, un taux de convergence est appliqué au coefficient de transition depuis le 1er mars 2008.

L'application de la T2A à 100% emportera son plein effet en 2012, les coefficients de convergence devant tendre vers la valeur 1.

Les conséquences de la campagne tarifaire 2008 pour les établissements de santé

L'entrée en vigueur de la campagne tarifaire 2008, au 1er mars de la même année, a produit des effets liés à deux processus précédemment évoqués :

- ▶ le passage à 100% de la part tarifée, fondée sur l'activité réelle des établissements, lève le frein, pour les plus dynamiques d'entre eux, à l'essor de leur volume d'activité et les incite à développer plus encore leur champ d'action ;
- ▶ les coefficients de convergence tendent progressivement vers 1 au vu de la situation financière de l'établissement : une augmentation si l'établissement est « sous doté », une diminution si l'établissement est « sur doté ».

Cette **convergence intra-sectorielle** assure l'équité dans le financement des établissements de santé : une pathologie = un tarif unique. Elle les incite à maîtriser davantage leurs coûts, par le biais notamment d'une meilleure organisation et d'une recherche d'efficacité.

Quant à la **convergence intersectorielle** (entre le secteur public et le secteur privé), dont le principe est également inscrit dans la loi, sa mise en œuvre est conditionnée à une exacte connaissance des écarts de coûts entre les 2 secteurs.

Le maintien d'autres sources de financements

Un nombre important de missions assurées par les établissements ex DG est financé par les missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation interne (MIGAC), dont les missions d'enseignement, de recherche, de référence et d'innovation (MERRI).

Ces financements concernent en fait les activités difficilement identifiables par patient (actions de

L'extension du modèle T2A aux hôpitaux locaux est en cours d'étude, sachant que ces établissements ont une importance fondamentale en termes de maillage du territoire et concernent à la fois les activités de médecine et les SSR.

Les textes fondateurs de la tarification à l'activité

Loi n° 99-641 du 27 juillet 1999 portant création d'une couverture médicale universelle (JO du 28 juillet)

Loi n° 2003-1199 du 18 décembre 2003, articles 22 à 34

Les rapports

Les rapports au parlement

Source :

Direction générale de l'offre de soins (DGOS)

Bureau Communication (R1)

14 avenue Duquesne 75350 Paris 07 SP

Courriel : DGOS-R1[[@](mailto:DGOS-R1@sante.gouv.fr)]sante.gouv.fr