

Le financement du système de santé français



Asma Fares

Licence Sciences pour la Santé – 1^{ère} année

Mineure – UE Connaissance du secteur sanitaire, social et médico-social

04/09/2026

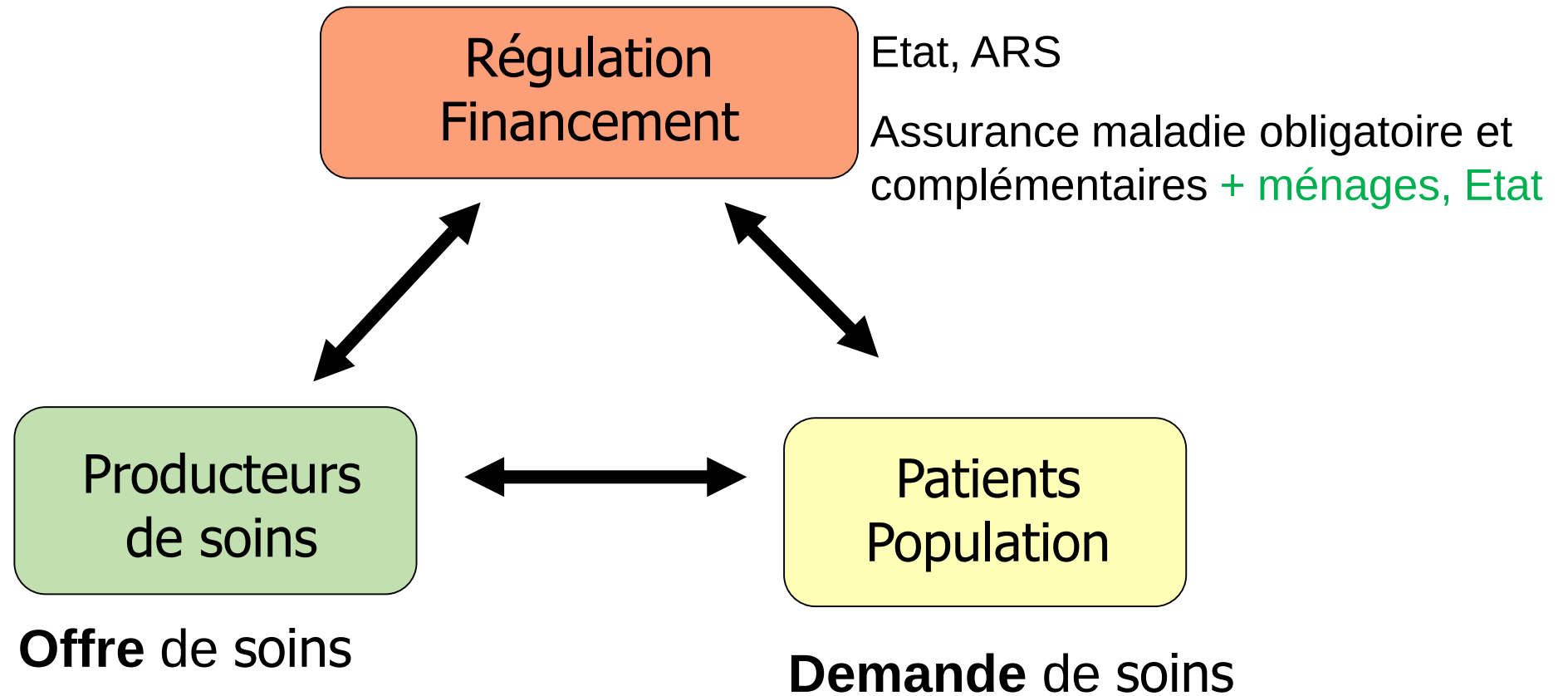
2 heures

1. Un système de santé
2. La consommation de soins et ses financeurs
3. Principaux modèles de systèmes de soins
4. Financement du système hospitalier - Exemples de parcours de soins –
Financement – Expérimentation du paiement à l'épisode de soins
5. Conclusion

1. Un système de santé
2. La consommation de soins et ses financeurs
3. Principaux modèles de systèmes de soins
4. Financement du système hospitalier - Exemples de parcours de soins –
Financement – Expérimentation du paiement à l'épisode de soins
5. Conclusion

Rappel 1 : Acteurs du système de santé

3 acteurs en relation via des flux de personnes, des flux d'information et des flux monétaires



Rappel 2 : « La santé, un bien pas comme les autres »

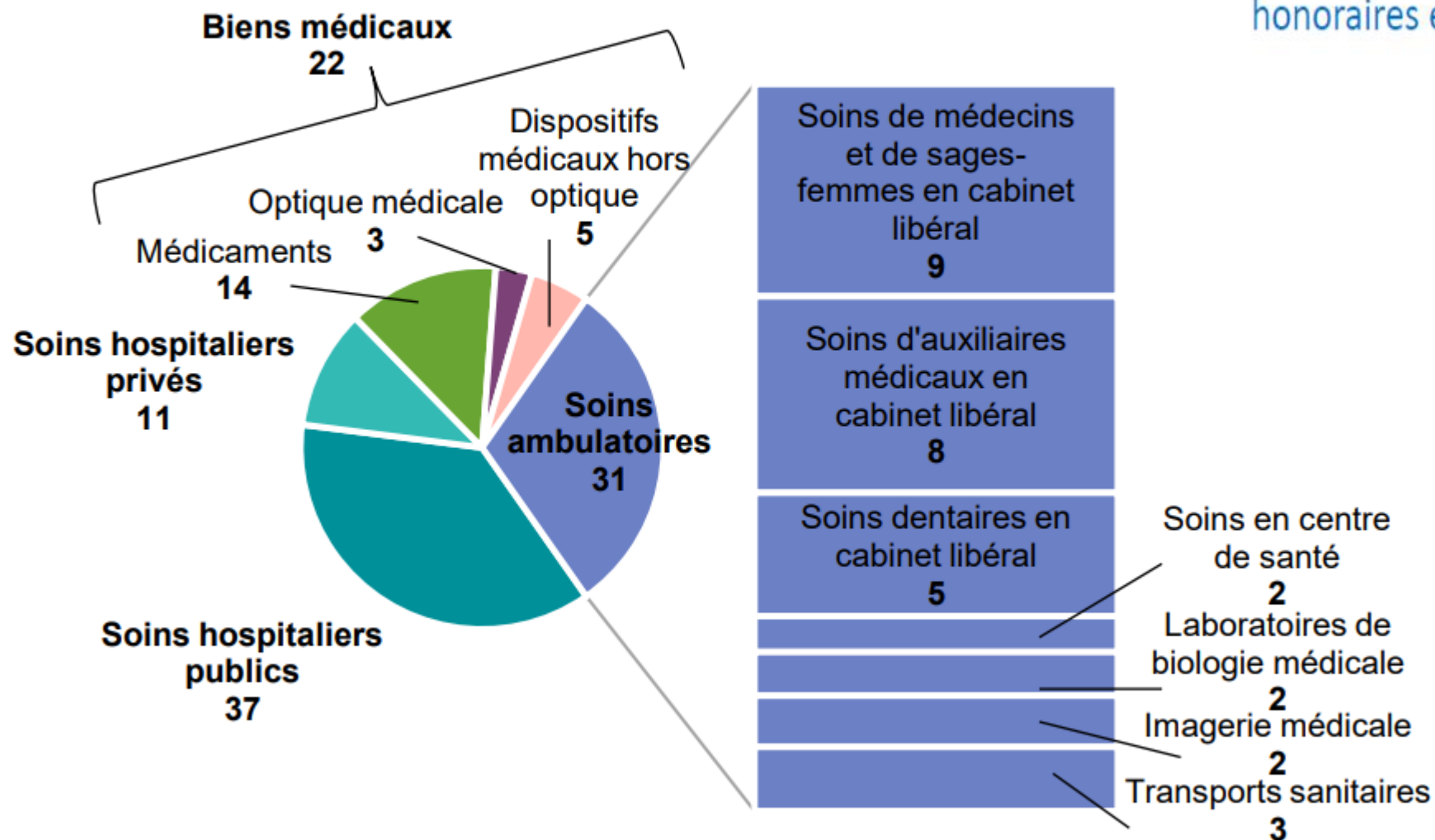
- Un bien de consommation : ça apporte du bien être ...
... mais c'est aussi un investissement
- La santé d'un individu ou d'une population **ne dépend pas que** du système de santé de son pays
- La santé est un objectif; les soins un moyen d'y parvenir

PLAN

1. Un système de santé
2. La consommation de soins en France et ses financeurs
3. Principaux modèles de systèmes de soins
4. Financement du système hospitalier - Exemples de parcours de soins –
Financement – Expérimentation du paiement à l'épisode de soins
5. Conclusion

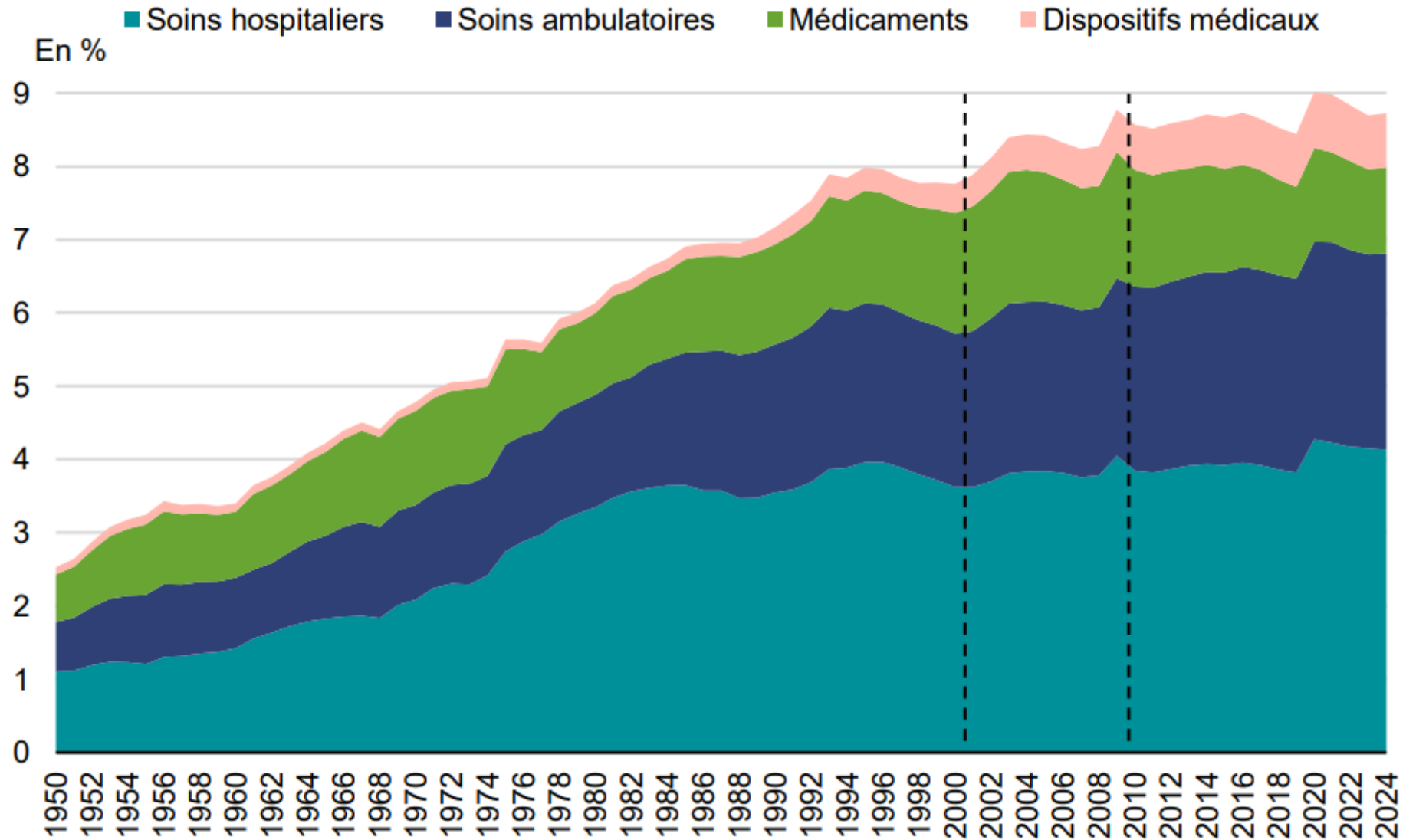
Graphique 2 Structure de la CSBM et des soins ambulatoires en 2024

La CSBM se distribue entre moins d'une moitié pour l'hôpital, un gros quart pour les honoraires et un autre pour les biens médicaux



CSBM :
255 Milliards €
3 660 €/hab
8,7 % du PIB

Graphique 3 La CSBM dans le PIB depuis 1950



Note > Ruptures de série entre les années 2000 et 2001 et entre 2009 et 2010.

Sources > DREES, comptes de la santé, Insee pour le PIB

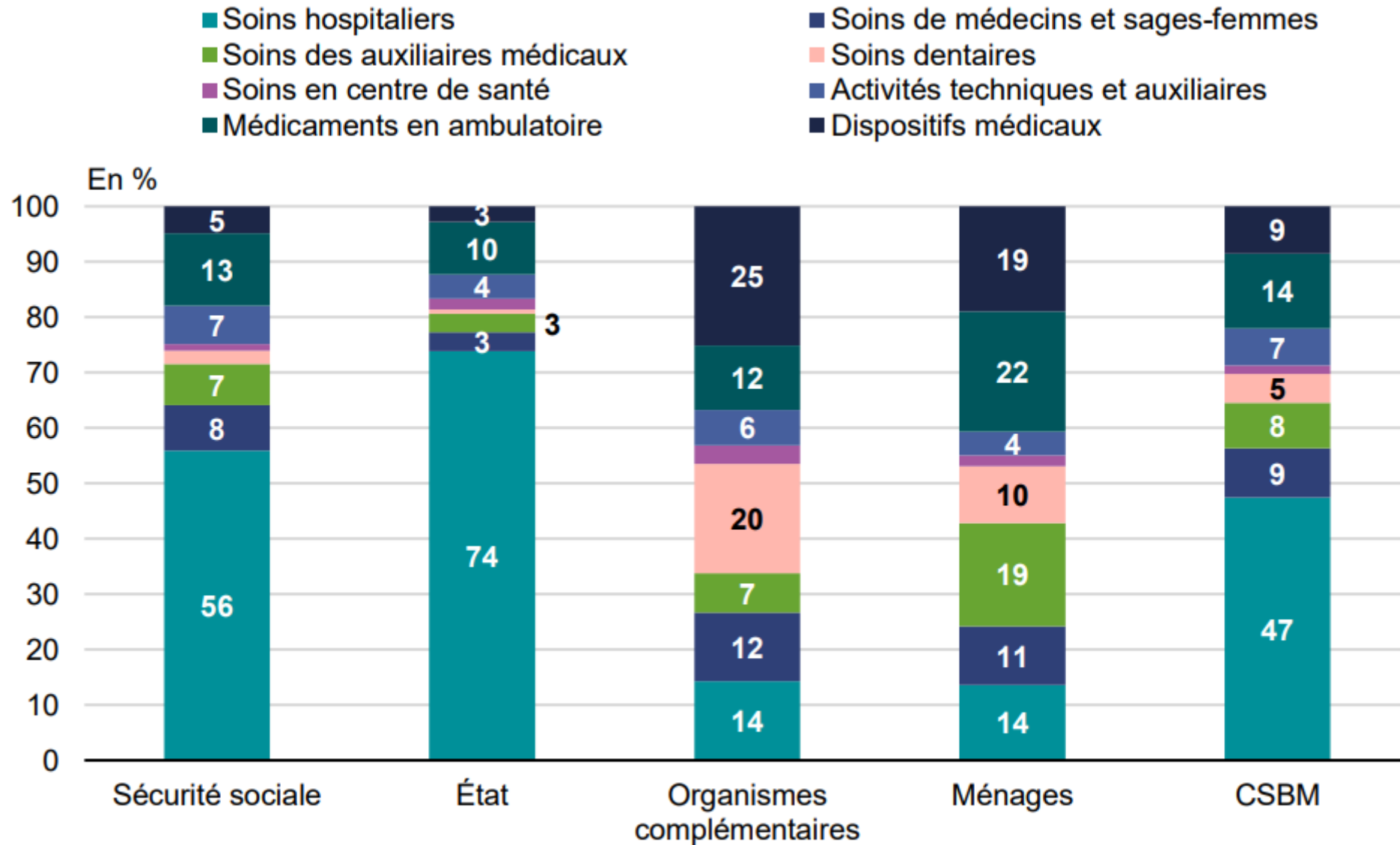
Qui finance le système de santé ?

- Assurance maladie « *La sécu, La carte vitale* »
 - ≈ 80% de la CSBM en 2024, soit 200 Md€
 - Périmètre : les soins, le « gros risque » (hospitalisations, ALD)
- Assurances maladie complémentaires « *Les mutuelles* »
 - 13% de la CSBM en 2024, soit 32,5 Md€
 - Périmètre: les tickets modérateurs et le « petit risque » = optique, dentaire, audioprothèses
- Ménages « *Nous, le « Out-of-pocket* » »
 - 8%, soit 20 Md€
 - Périmètre : les restes à charge
 - Et de façon + large : leurs cotisations à toutes ces assurances, les impôts et taxes...
- L'Etat, les collectivités territoriales « *L'Etat, les départements et les régions* »
 - 0,7% + de la CSBM soit 1,8 Md€
 - Périmètre : Prévention, la formation et la recherche médicale, mais également dans la prise en charge des soins des plus précaires (via la complémentaire santé solidaire ou l'aide médicale d'État).
 - + hors CSBM : EHPAD, perte d'autonomie, soins infirmiers à domicile...

La sécurité sociale finance le gros risque
(soins hospitaliers)

Les mutuelles et les ménages financent le « petit
risque » : soins dentaires, optique, médicaments,
soins ambulatoires...

Graphique 2 Structure de la dépense des financeurs de la CSBM en 2024



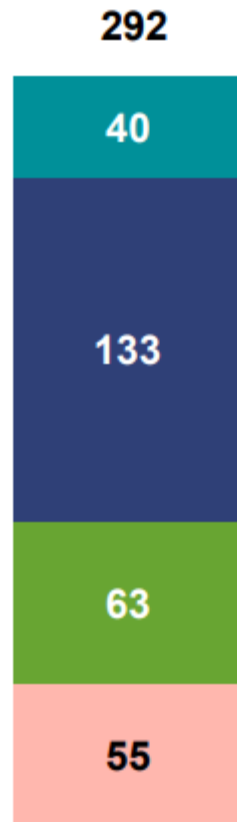
Lecture > En 2024, 56 % des dépenses de Sécurité sociale sur le champ de la CSBM concernent le financement des soins hospitaliers.

Source > DREES, comptes de la santé.

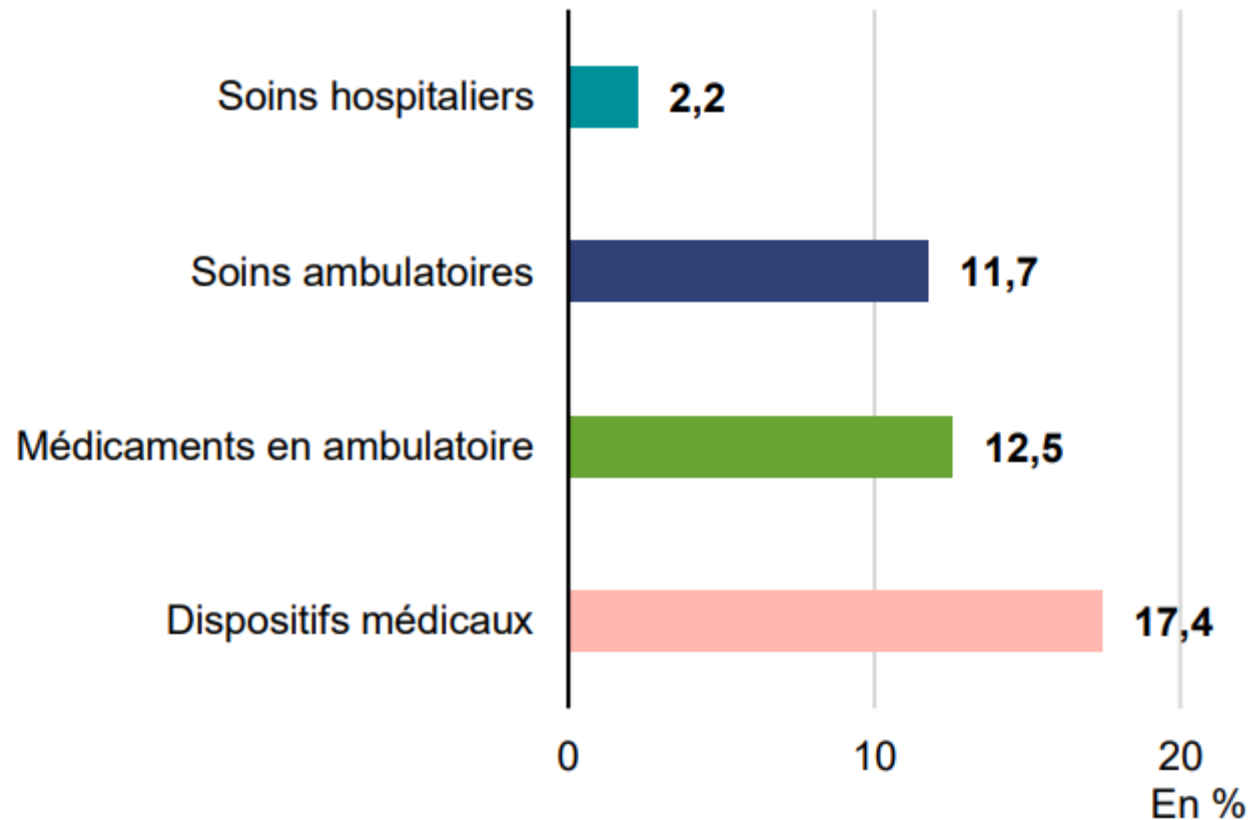
Graphique 2 Montant moyen de reste à charge par habitant et part de reste à charge par composante en 2024

a. Reste à charge par habitant

En euros



b. Part dans la dépense totale du poste



Lecture > En 2024, le reste à charge des ménages représente 2,2 % du total de la consommation de soins hospitaliers, soit une dépense de 40 euros en moyenne par habitant.

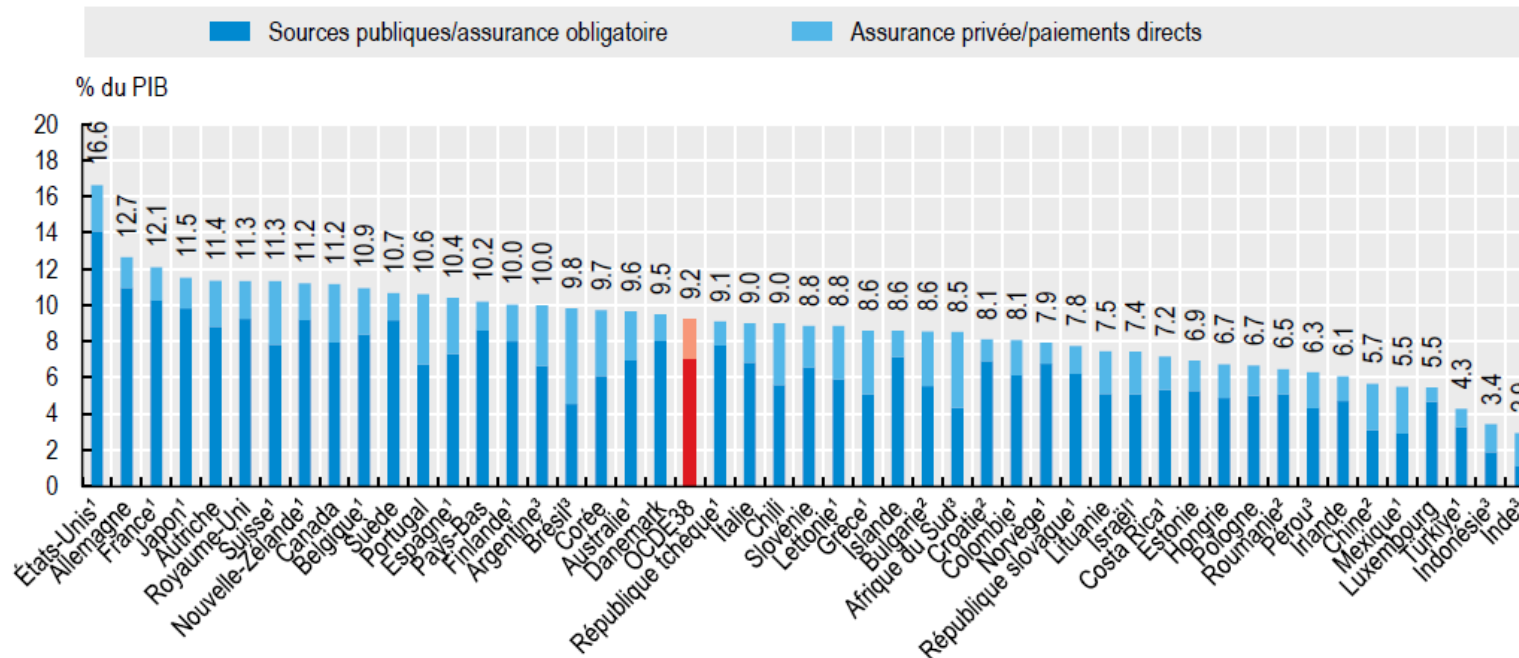
Source > DREES, comptes de la santé.

Quels autres postes de dépenses dans le système de santé ?

- On vient de voir la CONSOMMATION DE SOINS ET DE BIEN MÉDICAUX
- Les autres postes
 - PREVENTION / PROMOTION DE LA SANTE (ex: médecine scolaire, Plannings familiaux, campagnes de prévention anti-tabac...)
 - RECHERCHE (ex : Projets de recherche, laboratoires de recherche)
 - FORMATION (ex : Formation des futurs professionnels de santé)
 - ADMINISTRATIF / GESTION (ex : agents du Ministère de la santé)

- Système décentralisé sous contrôle de l'Etat, nombreuses réformes l'ont construit
- Chaque année, notre pays dépense 11,4 % de son PIB pour notre santé (334 Mds €)
- Nos soins sont remboursés par la sécurité sociale en grande partie (par l'assurance maladie), mais le reste à charge augmentent...
- Notre système est universel et solidaire (entre « riches » et « pauvres », entre « malades » et « bien portants »)
- + : « liberté », solidarité et équité d'accès à des soins de qualité
- - : dépenses non maîtrisées, inégalités sociales et territoriales de santé

Graphique 7.1. Dépenses de santé en pourcentage du PIB, 2022 (ou année la plus proche)



1. Estimations de l'OCDE pour 2022. 2. Se rapporte à 2021. 3. Se rapporte à 2020.

Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2023 ; Base de données de l'OMS sur les dépenses de santé mondiales.

StatLink  <https://stat.link/wcn5od>

On peut dépenser + mais ne pas être plus performant (les USA : système non universel, mortalité maternelle élevée chez les femmes noires américaines par exemple)

Certains pays font « aussi bien » en dépensant moins

Certains font mieux en dépensant plus !

→ Nécessité d'avoir d'autres indicateurs pour comprendre la réalité derrière ce chiffre assez « simple »

En 2022, la France a consacré 12,1% de son PIB aux dépenses de santé, soit plus de 3 points de pourcentage de plus que la moyenne des pays de l'OCDE.

En France, pour maîtriser nos dépenses : on vote l'ONDAM et le PLFSS : Projet de Loi de financement de la Sécurité Sociale depuis 1996 chaque année

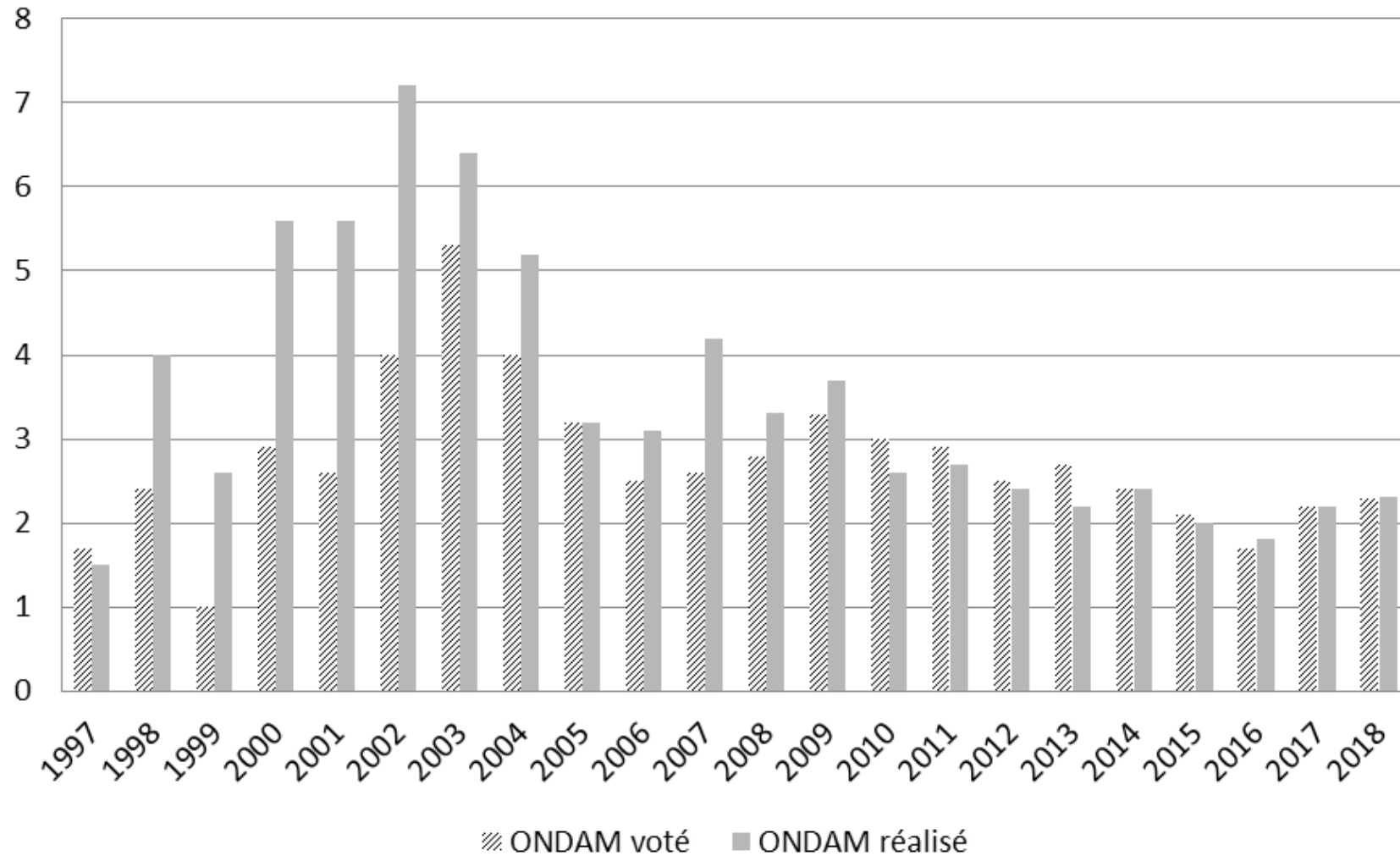
Chaque année, les députés votent le budget de la santé et fixent l'ONDAM pour l'année à venir
ONDAM : Objectif National de Dépenses de l'Assurance Maladie pour les soins de ville, d'hôpital et de médico-social

Exemple: L'ONDAM pour 2024 s'établit à 255 Md€, en progression de 3,2 % par rapport aux prévisions de 2023

ATTENTION: « Ralentissement de la progression »...

- Dépenses de santé augmenteront toujours dans l'absolu (vieillissement de la population, innovations, etc.)
- On cherche à freiner leur accroissement

L'Ondam voté et l'Ondam réalisé depuis 1997 (en % d'évolution)



ONDAM = objectif de dépenses, mais peut être dépassé si besoin !

PLAN

1. Un système de santé
2. La consommation de soins et ses financeurs
3. Principaux modèles de systèmes de soins
4. Financement du système hospitalier - Exemples de parcours de soins –
Financement – Expérimentation du paiement à l'épisode de soins
5. Conclusion

L'hôpital, un lieu connu de tous

- On y naît (*736 k accouchements en 2017*)
- On y est soigné (*20% des français hospitalisés en soins aigus en 2017*)
- On y meurt (*358 k décès, soit 60% des décès en France en 2017*)
- On y travaille (*22% des fonctionnaires*)
- On y enseigne (*9% des étudiants des universités dans les CHU*)
- On y fait de la recherche (*73% des financements recherche dans les CHU*)
- On y fait de la prévention et de l'éducation à la santé
- On y consacre beaucoup d'argent (*93 Md € en 2017, ≈50% des dépenses de santé*)

L'hôpital, une organisation méconnue

- Une histoire riche
- En perpétuelle évolution selon:
 - l'état de la science médicale,
 - la pyramide des âges,
 - les possibilités financières et les modes de financement
 - et les aspirations de la société (« j'y ai droit ! », « qualité et sécurité des soins », « confort », « accompagnement de fin de vie », ...)
- La multiplicité des métiers de plus en plus spécialisés
- L'empilement et la multiplicité des règlements législatifs
- Une diversité des hôpitaux (taille, statut,...)
- Une « matière première » délicate: le vivant humain !

Pas un hôpital, mais des hôpitaux

Diversifiés, ils peuvent être caractérisés selon leur:

- Statut juridique : public, privé (lucratif ou non)
- Secteur : MCO (court), SSR (moyen), long séjour, psy, HAD
- Taille : Nb de lits, nb de séjours /an, nb d'agents
- Spécialités médico-chirurgicales
- Budget ou Chiffre d'affaires



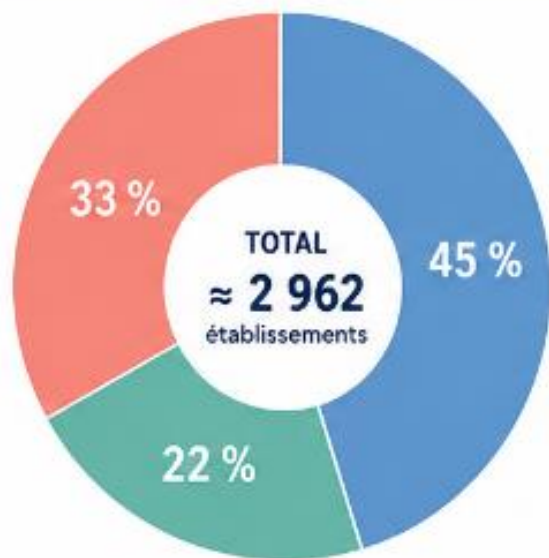
LES HÔPITAUX EN FRANCE

Nombre d'établissements par type

≈ 2 962

établissements
de santé en 2024*

RÉPARTITION PAR TYPE D'ÉTABLISSEMENT



Hôpitaux publics

1 330

45 %



Établissements privés
à but non lucratif

≈ **655**

22 %



Cliniques privées
à but lucratif

≈ **980**

33 %

CAPACITÉ D'ACCUEIL TOTALE



≈ **367 100**

lits d'hospitalisation
complète



≈ **91 000**

places d'hospitalisation
partielle



≈ **25 400**

patients pris en charge en
hospitalisation à domicile
(capacité simultanée)

À RETENIR



≈ **3 000** établissements
de santé (hôpitaux et cliniques)
en France en 2024



Près de la moitié
sont des hôpitaux publics
(45 %)



Une offre diversifiée
publique, privée à but non lucratif
et privée à but lucratif



Un maillage territorial
pour répondre aux besoins
de santé de la population

* Source : DREES, Panorama des établissements de santé 2024 (données au 31/12/2024)

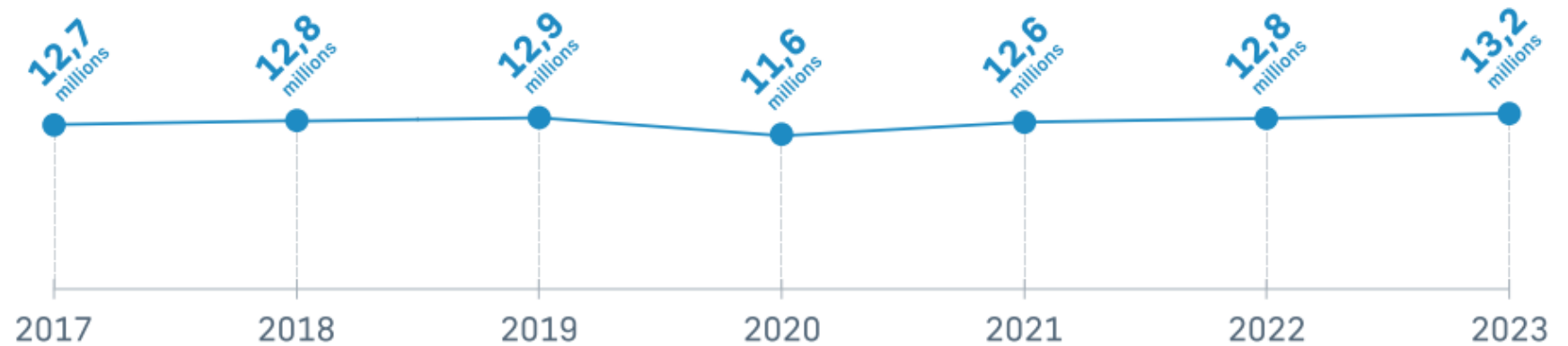
Les totaux peuvent présenter de légers écarts selon les arrondis.

Chiffres clés en 2023 *(source ATIH)*

Nombre de **patients**
hospitalisés en France

13,2
millions

Sur les années 2017-2023

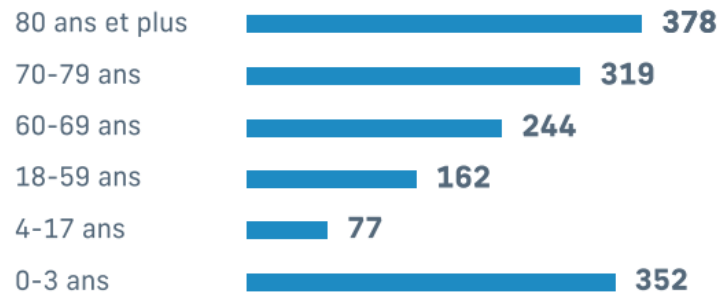


Taux de **personnes**
hospitalisées en France

193

pour 1000 habitants

Déclinaison par classe d'âge – Taux pour 1000 habitants



Nombre de **naissances**
en établissement

675 000



Capacité (lits & places)

Médecine : 2478

Chirurgie : 1189

Gynéco-obstétrique : 337

Psychiatrie : 9

Moyen séjour : 797

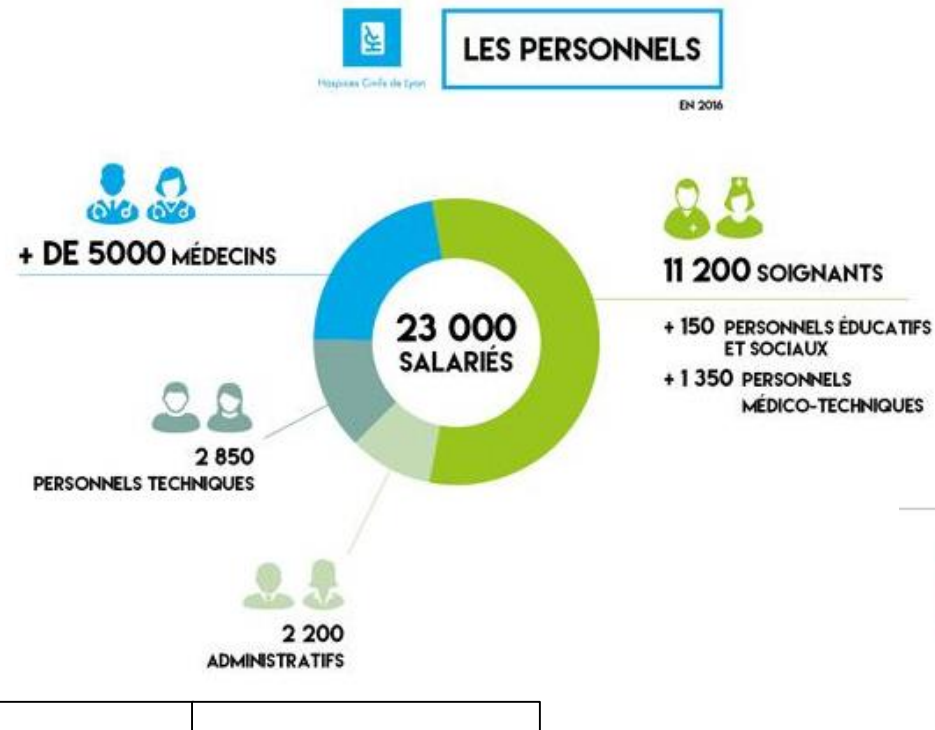
Long séjour : 375

Hébergement : 177

Total : 5362

STRUCTURE JURIDIQUE

HCL Hospices Civils de Lyon (Lyon)



15 000
REPAS PRÉPARÉS
CHAQUE JOUR
POUR LES PATIENTS (65%)
ET LES PERSONNELS (35%)



24 000 KILOS
DE LINGE LAVÉS
CHAQUE JOUR
À LA BLANCHISSERIE
L'ÉQUIVALENT DE
4800 LESSIVES FAMILIALES



1 MILLION
D'APPELS TÉLÉPHONIQUES
TRAITÉS CHAQUE MOIS



930 000 M²
DE SURFACE HOSPITALIÈRE

1. Un système de santé
2. La consommation de soins et ses financeurs
3. Principaux modèles de systèmes de soins
4. **Financement du système hospitalier - Exemples de parcours de soins –
Financement** – Expérimentation du paiement à l'épisode de soins
5. Conclusion

- La T2A s'appuie sur le PMSI
- T2A depuis les années 2000's (après le paiement à la journée et la dotation globale)
- Besoin d'un langage commun, des codes (issus de nomenclatures/classifications) :
 - CIM10 pour les diagnostics (classification internationale des maladies de l'OMS, 10^{ème} version)
 - CCAM pour les actes (classification commune des actes médicaux)
- Méthodes de codage standardisées en France
- Remontées des données aux payeurs
- Autres modes de financement pour des activités particulières



Parcours 1 : appendicite opérée en urgence 1/2

	Hosp. n°696103559	du lun. 06/02/2020 à 08:44	au mar. 07/02/2020 à 11:05	1	21 ans à l'entrée	ME : G70 (85)	MS : G04 (8)	
		du lun. 06/02/2020 à 08:44	au mar. 07/02/2020 à 11:05	1j	85	8	UM : 360529 - URGENCES CHIRURGICALES	UR : 360529

N° anonyme du RSS : 876543219

N° de séjour : 987654321

Entrée le : 06/02/20 à : 08h44

Mode d'entrée : G70

mode PMSI : 85

Sortie le : 07/02/20 à : 11h05

Mode de sortie : G04

mode PMSI : 8

Erreur :

CMD : 06 - Affections du tube digestif

GHM : 06C091 - Appendicectomies non compliquées, niveau 1

DP : K35.8 - Appendicites aiguës, autres et non précisées

GHS : 1955 - Appendicectomies non compliquées, niveau 1



Parcours 1 : appendicite opérée en urgence 2/2

HHFA016 - Appendicectomie, par coelioscopie ou par lapar	06/02/20 20:50	3216549		1
HHFA016 - Appendicectomie, par coelioscopie ou par lapar	06/02/20 20:55			4
ZCQM005 - Échographie transcutanée de l'abdomen, avec	06/02/20 10:55		1	1
ZZQX188 - Examen anatomopathologique de pièce d'exérè	06/02/20 11:00			1

◆ Libellé	◆ UM	◆ Du	◆ Au	◆ Qte	◆ Coeff	◆ PU	◆ Total
1955 - Appendicectomies non compliquées, niveau 1		06/02/20	07/02/20	1.00	100.00%	2 003.98	2 003.98



Parcours 2 : Chirurgie pour sinusite maxillaire 1/2

35 ans à l'entrée

RUM



du mar. 15/02/2019 à 7:00 au mar. 15/02/2019 à 7:00

Dj 8 8 UM : 360046 - ACHA CHIR AMBULATOIRE

N° anonyme du RSS : 74185236

N° de séjour : 987654321.20190215

Entrée le : 15/02/19 à : 07h00

Mode d'entrée : 8

mode PMSI : 8

Sortie le : 15/02/19 à : 07h00

Mode de sortie : 8

mode PMSI : 8

Erreur : C223 - CONFIRMATION DU RSS NÉCESSAIRE ET PRÉSENTE

CMD : 03 - Affections des oreilles, du nez, de la gorge, de la bouche et des dents

GHM : 03C261 - Autres interventions sur la tête et le cou, niveau 1

DP : J32.0 - Sinusite maxillaire (chronique)

GHS : 707 - Autres interventions sur la tête et le cou, niveau 1



Parcours 2 : Chirurgie pour sinusite maxillaire 2/2

◆ Code de l'acte	◆ Date	◆ Exe	◆ ANP	◆ A
LBFA024 - Maxillectomie inférieure	15/02/19 10:01	9999999		1
LBFA024 - Maxillectomie inférieure	15/02/19 10:01			4
ZZQX077 - Examen histopathologique de biopsies étagées d'une st	15/02/19 12:00		4	1
ZZQX069 - Examen immunocytochimique ou immunohistochimique	15/02/19 12:00		4	1

◆ Type	◆ Libellé	◆ UM	◆ Du	◆ Au	◆ Qte	◆ Coeff	◆ PU	◆ Total
GHS	707 - Autres interventions sur la tête et le cou, niveau 1		05/03/19	05/03/19	1.00	100.00%	4 708.81	4 708.81



Parcours 3 : Intoxication médicamenteuse 1/4

42 ans

Hosp. n°12345679	du dim. 03/04/2018 à 15:31	au jeu. 18/04/2018 à 18:52	20j	42 ans à l'entrée	ME : G70 (85)	MS : G24 (74)
  	du dim. 03/04/2018 à 14:29	au mar. 05/04/2018 à 9:15	2j	85	61	UM : 360119 - USMCC UNITE SURV MED ET CHIR CONTINUE
  	du mar. 05/04/2018 à 09:15	au lun. 15/04/2018 à 13:37	10j	61	61	UM : 360035 - REANIMATION MEDICALE
  	du lun. 15/04/2018 à 13:37	au jeu. 20/04/2018 à 17:45	5j	61	74	UM : 360419 - UHCD

Passage dans 3 unités
Durée de séjour total : 17 jours



Parcours 3 : Intoxication médicamenteuse 2/4

N° anonyme du RSS : 14725836

N° de séjour : 12345679

Entrée le : 03/04/2018 à : 14:29

Mode d'entrée : G70

mode PMSI : 85

Sortie le : 20/04/2018 à : 17:45

Mode de sortie : G24

mode PMSI : 74

Erreur :

CMD : 21 - Traumatismes, allergies et empoisonnements

GHM : 21M104 - Effets toxiques des médicaments et substances biologiques, âge supérieur à 17 ans, niveau 4

DP : T42.4 - Intoxication par benzodiazépines

GHS : 7587 - Effets toxiques des médicaments et substances biologiques, âge supérieur à 17 ans, niveau 4

Patiente venue de son domicile, entrée via les urgences
Puis transféré vers un autre hôpital à la sortie



Actes CCAM						48 /		
Ac	N	C	U	Code de l'acte	Date	Exe	ANP	A
	15			DEQP003 - Électrocardiographie sur au moins 12 dérivations	21/07/19 15:31	1233211		1
	5			ZBQK002 - Radiographie du thorax	21/07/19 15:49	3211234	1	1
	7			GLLD017 - Oxygénothérapie avec surveillance continue de l'oxymétrie, e	21/07/19 18:51			1
	10			DEQP007 - Surveillance continue de l'électrocardiogramme par oscillosc	21/07/19 18:51			1
	14			DEQP003 - Électrocardiographie sur au moins 12 dérivations	21/07/19 19:09			1
	8			GLLD017 - Oxygénothérapie avec surveillance continue de l'oxymétrie, e	22/07/19 00:00			1
	11			DEQP007 - Surveillance continue de l'électrocardiogramme par oscillosc	22/07/19 00:00			1
	16			GLHF001 - Prélèvement de sang artériel avec gazométrie sanguine et m	22/07/19 00:00			1
	1			GLLD008 - Ventilation mécanique intratrachéale avec pression expiratoir	23/07/19 00:00			1
	2			EPLF002 - Pose d'un cathéter veineux central, par voie transcutanée	23/07/19 00:00			1
	3			GLMF001 - Adaptation des réglages d'une ventilation non effractive par n	23/07/19 00:00			1
	4			ENLF001 - Pose de dispositif intraartériel de surveillance de la pression i	23/07/19 00:00			1
	9			GLLD017 - Oxygénothérapie avec surveillance continue de l'oxymétrie, e	23/07/19 00:00			1
	12			DEQP007 - Surveillance continue de l'électrocardiogramme par oscillosc	23/07/19 00:00			1
	13			GELD004 - Intubation trachéale	23/07/19 00:00			1
	6			ZBQK002 - Radiographie du thorax	23/07/19 08:06	4444444	1	1
	1			EQLF003 - Injection intraveineuse continue de dobutamine ou de dopam	23/07/19 10:40			1
	4			GLLD008 - Ventilation mécanique intratrachéale avec pression expiratoir	23/07/19 10:40			1
	14			EQQP011 - Surveillance continue de la pression intraartérielle et/ou de la	23/07/19 10:40			1
	27			GLLD017 - Oxygénothérapie avec surveillance continue de l'oxymétrie, e	23/07/19 10:40			1
	33			DEQP007 - Surveillance continue de l'électrocardiogramme par oscillosc	23/07/19 10:40			1
	23			ZBQK002 - Radiographie du thorax	23/07/19 13:42	4444444	1	1

Parcours 3 : Intoxication médicamenteuse 3/4

Passage en réanimation :
64 lignes d'actes côtés



Parcours 3 : Intoxication médicamenteuse 4/4

N° anonyme du RSS : 14725836

N° de séjour : 12345679

Entrée le : 03/04/2018 à : 14:29

Mode d'entrée : G70

mode PMSI : 85

Sortie le : 20/04/2018 à : 17:45

Mode de sortie : G24

mode PMSI : 74

Erreur :

CMD : 21 - Traumatismes, allergies et empoisonnements

GHM : 21M104 - Effets toxiques des médicaments et substances biologiques, âge supérieur à 17 ans, niveau 4

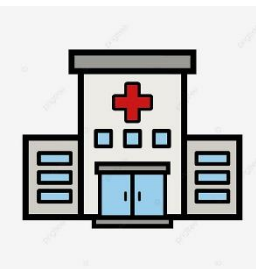
DP : T42.4 - Intoxication par benzodiazépines

GHS : 7587 - Effets toxiques des médicaments et substances biologiques, âge supérieur à 17 ans, niveau 4

◆ Type	◆ Libellé	◆ UM	◆ Du	◆ Au	◆ Qte	◆ Coeff	◆ PU	◆ Total
GHS	7587 - Effets toxiques des médicaments et substances biol...		21/07/19	08/08/19	1.00	100.00%	7 871.91	7 871.91
SRC	SRC - Surveillance continue	360119	21/07/19	22/07/19	2.00	100.00%	322.53	645.06
REA	REA - Réanimation	360035	23/07/19	04/08/19	13.00	100.00%	805.36	10 469.68



Et après l'hospitalisation ?
Que peut-il se passer ?



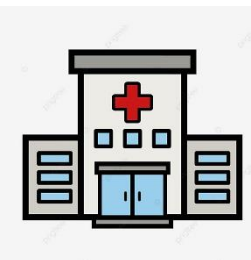
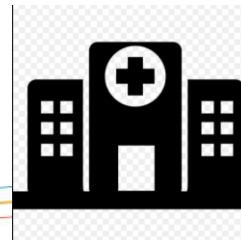
- Retour au domicile simple : Aucun suivi si problème ponctuel



- Suivi par le médecin traitant ou autre professionnel de santé en dehors de l'hôpital



- Suivi spécialisé à l'hôpital en consultation ou en hôpital de jour selon la pathologie



Financement hospitalier

- La T2A s'appuie sur le PMSI
- T2A depuis les années 2000's (après le paiement à la journée et la dotation globale)
- Besoin d'un langage commun, des codes (issus de nomenclatures/classifications) :
 - CIM10 pour les diagnostics (classification internationale des maladies de l'OMS, 10^{ème} version)
 - CCAM pour les actes (classification commune des actes médicaux)
- Méthodes de codage standardisées en France
- Remontées des données aux payeurs
- Autres modes de financement pour des activités particulières



+/- du financement à l'activité et à l'acte



3 Avantages

1. Meilleure transparence de l'activité et du financement des hôpitaux

2. Equité entre les hôpitaux

→ pour un même service, les hôpitaux sont payés au même tarif

3. Productivité des hôpitaux

→ Baisse des files d'attente, dynamisme, recrutement



3 Inconvénients

1. Système inflationniste

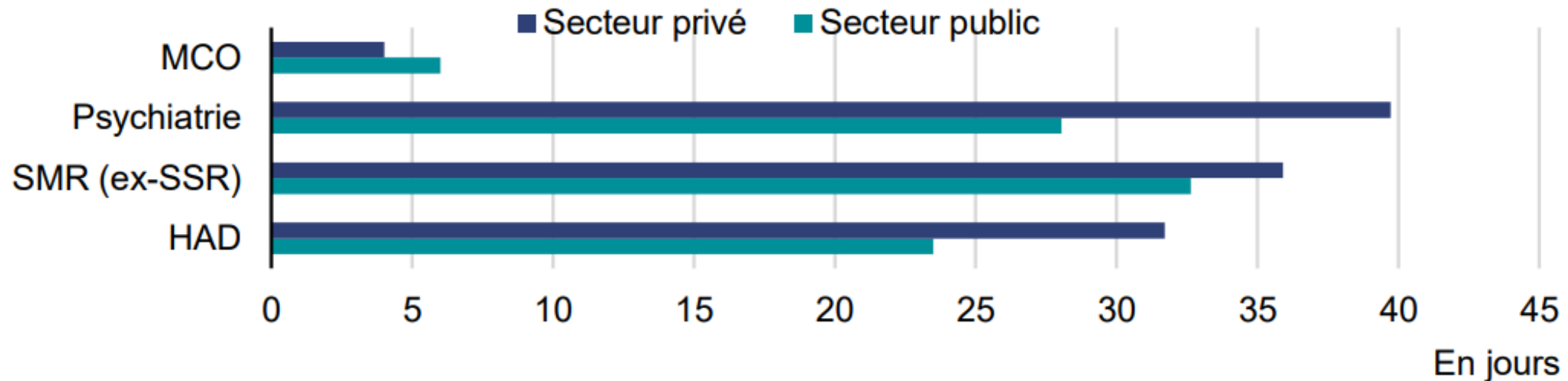
Course au volume d'activité → épuisement des professionnels hospitaliers

2. Les activités « rentables » peuvent être privilégiées

3. Incite peu à se soucier du post-hospitalier



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



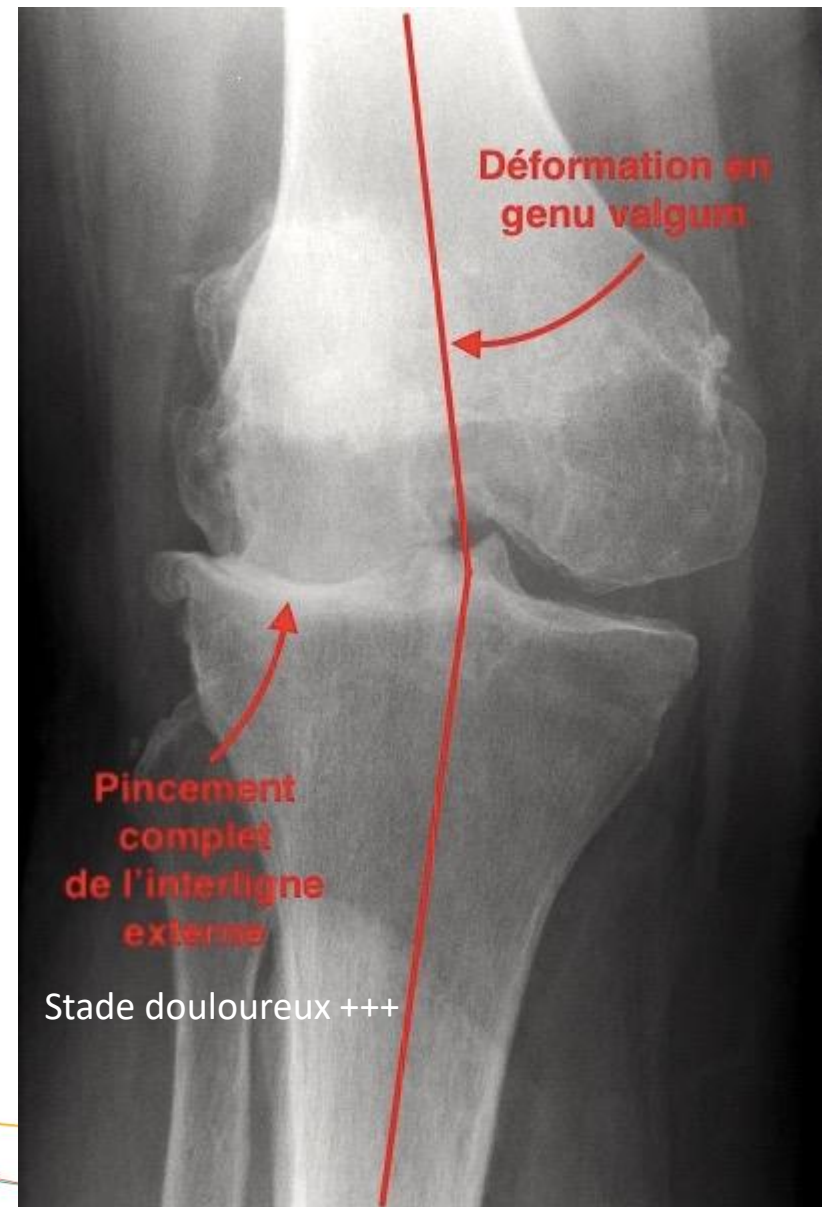
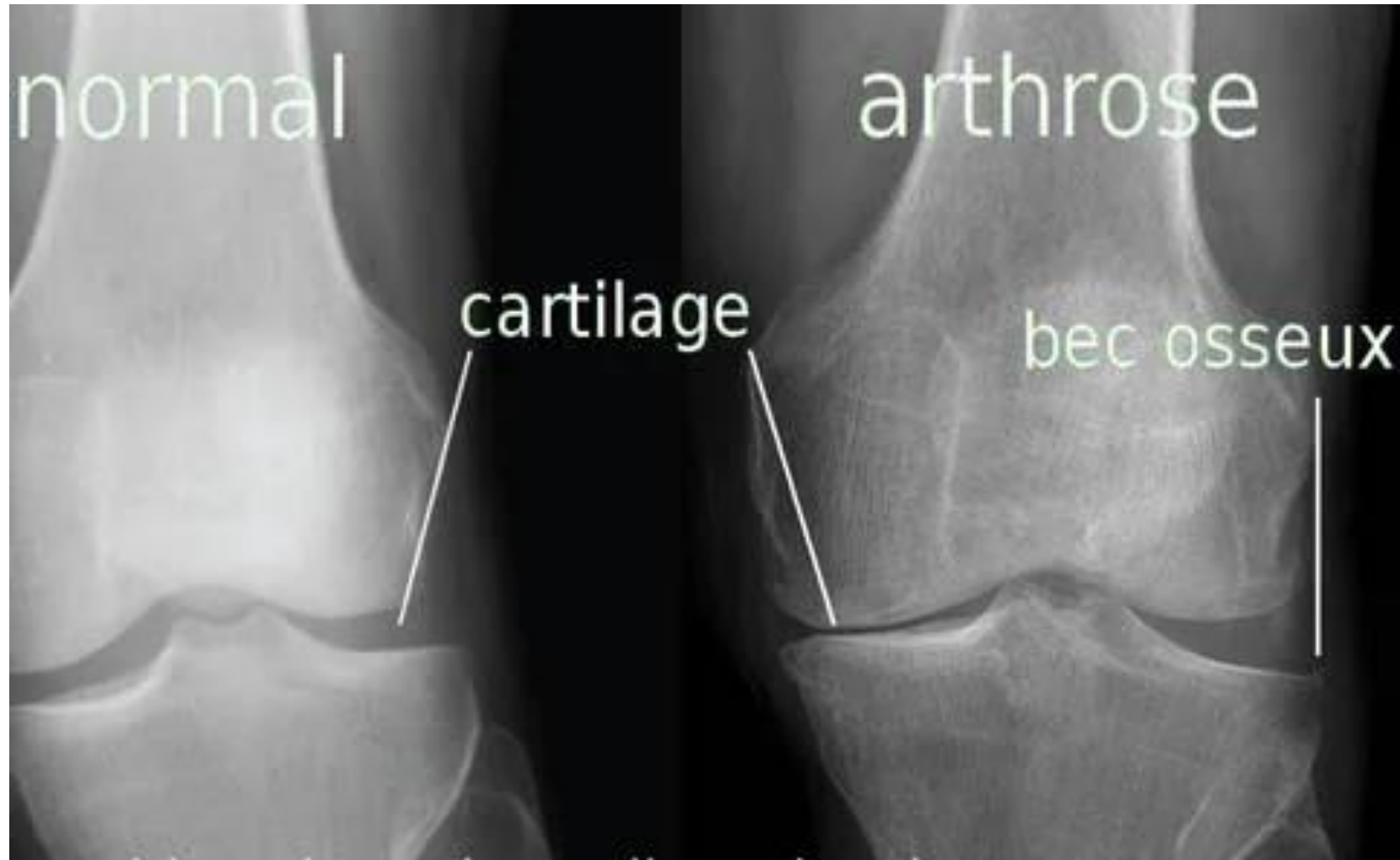
MCO : médecine, chirurgie, obstétrique, odontologie ; SMR : soins médicaux et de réadaptation ; SSR : soins de suite et de réadaptation ; HAD : hospitalisation à domicile.

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.

PLAN

1. Un système de santé
2. La consommation de soins et ses financeurs
3. Principaux modèles de systèmes de soins
4. Financement du système hospitalier - Exemples de parcours de soins –
Financement – **Expérimentation du paiement à l'épisode de soins**
5. Conclusion



La prothèse totale remplace les surfaces articulaires usées

Quand est-elle indiquée ?

En cas de lésions graves, arthrose, polyarthrite rhumatoïde avec usure des cartilages

Prothèse de la rotule
La pose d'une prothèse de la rotule n'est pas systématique

Une prothèse composée de 3 implants

Prothèse fémorale métallique

Plateau en plastique

Prothèse tibiale
comportant un plateau en plastique qui repose sur un plateau métallique ancré dans le tibia

■ Le genou met en mouvement le fémur, le tibia et la rotule

Comment est-elle posée ?

Anesthésie générale (ou locorégionale)

Incisions cutanées, coupes osseuses, pose des prothèses. Vérification de l'équilibre ligamentaire et du bon centrage de la rotule

(8 jours d'hospitalisation)

Durée de l'opération : 60 à 90 minutes

Infographie LE FIGARO

Illustration : Sophie Jacopin

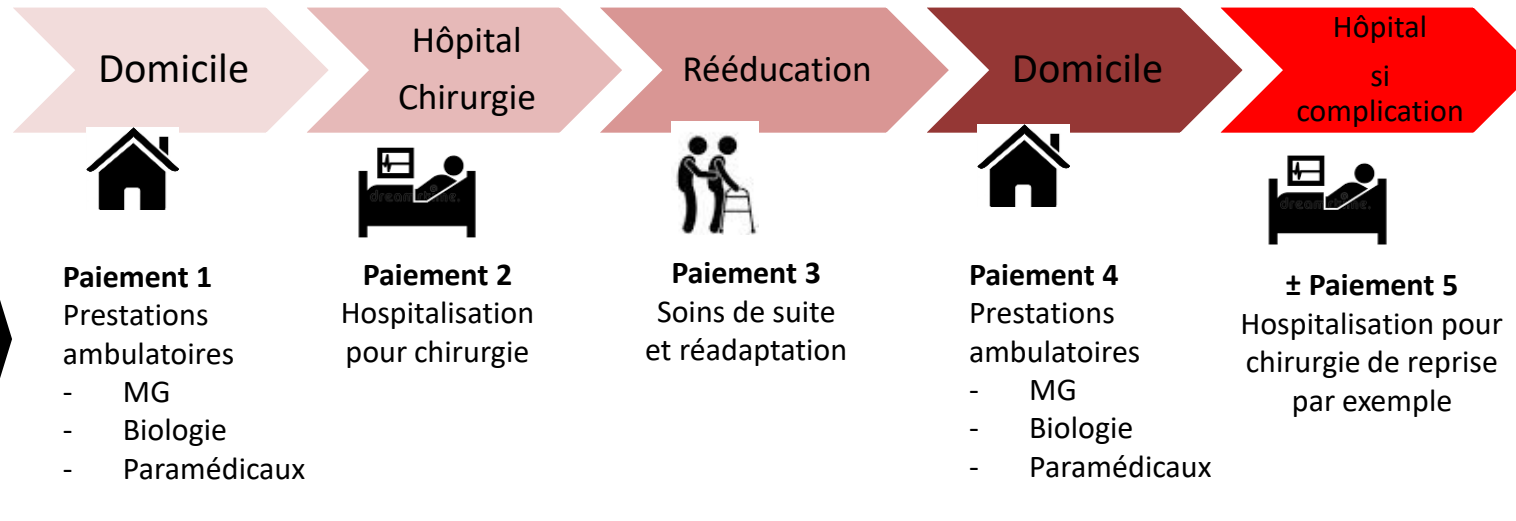
Quels professionnels sont impliqués dans le parcours de PTG ?

Où exercent-ils ?



SUÈDE : EXPÉRIMENTATION D'UN PAIEMENT AU PARCOURS POUR LA PTH ET PTG

Avant 2009
Paiement à l'acte



- ✓ Paiements fragmentés
- ✓ Pas d'incitation à la qualité ou la prévention des réadmission
- ✓ Personne n'a la responsabilité de la bonne coordination

2009
Paiement au parcours



Paiement unique : 1 seul forfait est versé en une fois à l'hôpital pour la gestion de l'ensemble du parcours de soins PTH

L'hôpital redistribue l'argent aux différents acteurs

Le montant varie peu quel que soit le nombre de consultations, d'hospitalisations, de biologies, etc.

- ✓ Il y a un responsable de parcours (hôpital)
- ✓ Incitation à la bonne coordination et qualité
- ✓ Prévention des réadmissions
- ✓ Redistribution du forfait entre les acteurs

- Révision des modes de financement en cours
- Passer de paiements séparés de chaque professionnel/hôpital à des forfaits couvrant des parcours de soins
 - Incite à la coordination des soins entre professionnels, entre la ville et l'hôpital
- On cherche actuellement à développer des paiements selon la qualité des pratiques de soins
- Objectif : combiner les différentes modes de financement



Financement des soins en ville

Rémunération des médecins

- Rémunération des praticiens :
 - Rémunération à l'acte +++ qui reste le socle
 - Rémunération forfaitaire qui a évolué début 2026
 1. Part forfaitaire fixe annuel par patient (max 100€/patient)
 2. + part variable selon la réalisation d'actes de prévention (max 75€/patient)
 3. + majorations pour certains profils de patients ou de médecins

À PARTIR DU

1^{er}
JANVIER
2026

NOUVEAU FORFAIT MÉDECIN TRAITANT 2026

Une rémunération simplifiée, plus juste et **davantage** individualisée



Remplace
le FPMT
et la ROSP

LE FMT 2026 =

1



PART FIXE
par patient

selon son profil
(âge, ALD)



2



PRÉVENTION
par patient

5 € par indicateur
validé (15 indicateurs)



MAJORATIONS

liées au patient
et au médecin
selon certaines
situations

1 PART FIXE

FORFAIT SOCLE ANNUEL

selon le profil du patient



Moins de 7 ans,
sans ALD

15 €



7 à 74 ans,
sans ALD

5 €



75 à 79 ans,
sans ALD

15 €



80 ans et plus,
sans ALD

55 €



ALD, moins de 80 ans

55 €



ALD, 80 ans et plus

100 €



Versé en 4 échéances :



AVRIL

+



JUIN

+



SEPT.

+



NOV.

2 PRÉVENTION

5 € PAR INDICATEUR VALIDÉ
(15 INDICATEURS AU TOTAL)



VACCINATION

Ex. : grippe, Covid-19,
coqueluche, etc.



DÉPISTAGES

Ex. : cancer colorectal,
sein, col de l'utérus,
etc.



SUIVIS

Ex. : diabète, HTA,
insuffisance cardiaque,
etc.



Pilotage et suivi
des indicateurs via
le tableau de bord
« Suivi prévention »
sur amelipro

3 MAJORATIONS

selon certaines situations

LIÉES AU PATIENT



Complémentaire
santé solidaire (CSS)

+10 €

par patient

LIÉES AU MÉDECIN



Médecin
de 67 ans et plus

+10 %

du forfait
socle



Exercice en
zone sous-dense
(ZIP / QPV)

+10 %

du forfait
socle

PRIMO-INSTALLATION



Majoration dégressive
du forfait socle :

- Année 1 : **+50 %**
- Année 2 : **+30 %**
- Année 3 : **+10 %**

EXEMPLE

Patient de 82 ans en ALD
avec CSS et 3 indicateurs de prévention validés

$$\begin{array}{ccccccc} \boxed{100 \text{ €}} & + & \boxed{+10 \text{ €}} & + & \boxed{+15 \text{ €}} & = & \boxed{125 \text{ €}} \\ \text{socle ALD} & & \text{CSS} & & \text{3 indicateurs} & & \text{par an} \\ \text{80 ans et +} & & & & \text{(3 x 5 €)} & & \end{array}$$

Au niveau des patients

Déclarer un MT pour être mieux remboursé



Déclaration obligatoire pour les > 16 ans
Extension aux < 16 ans non imposée

Libre choix

Spécialité
Localisation
Changement

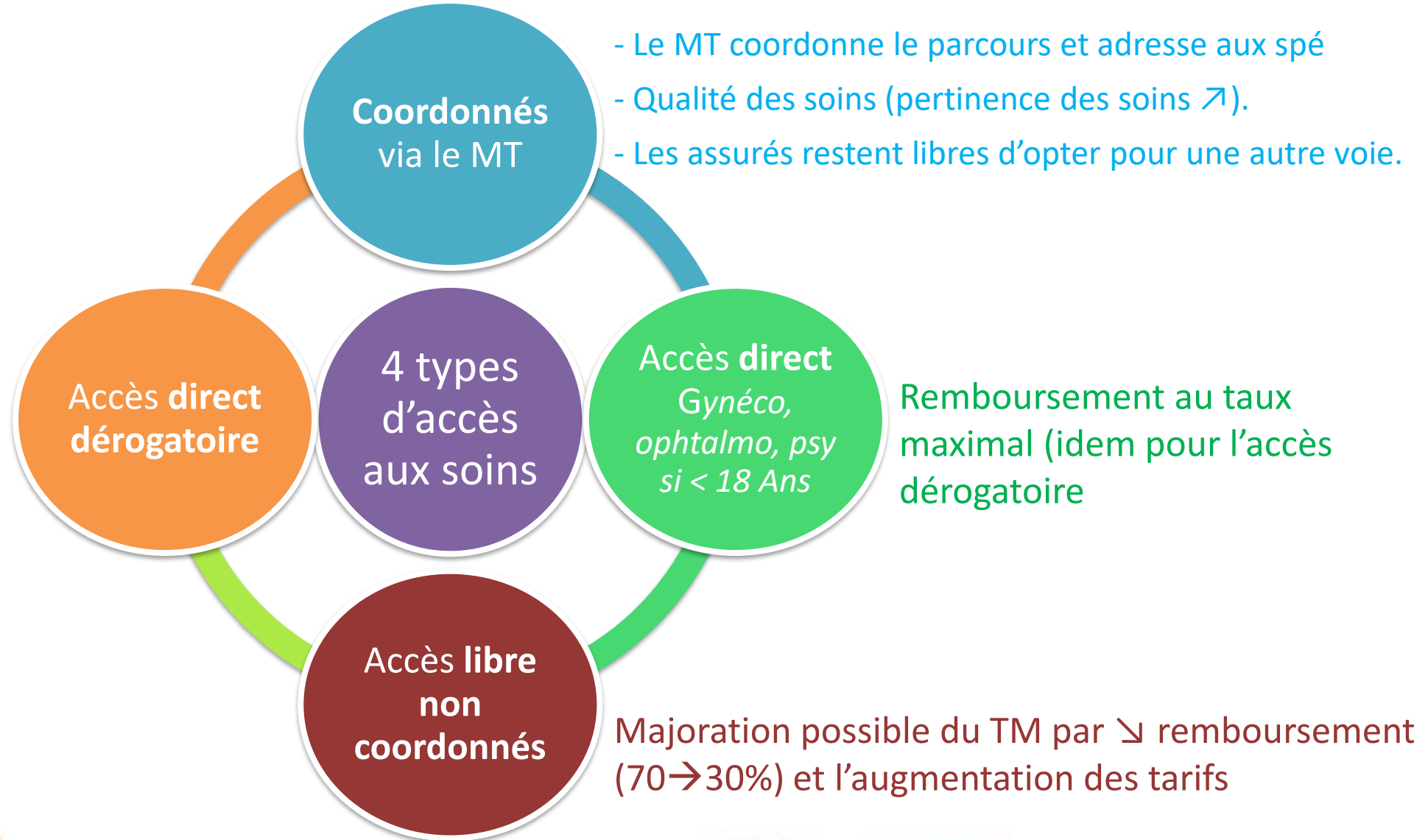
Possibilité de voir un autre médecin si le MT est absent

Intérêts:

Patient: meilleur remboursement des soins (70→30% sans MT sur une Cslt)

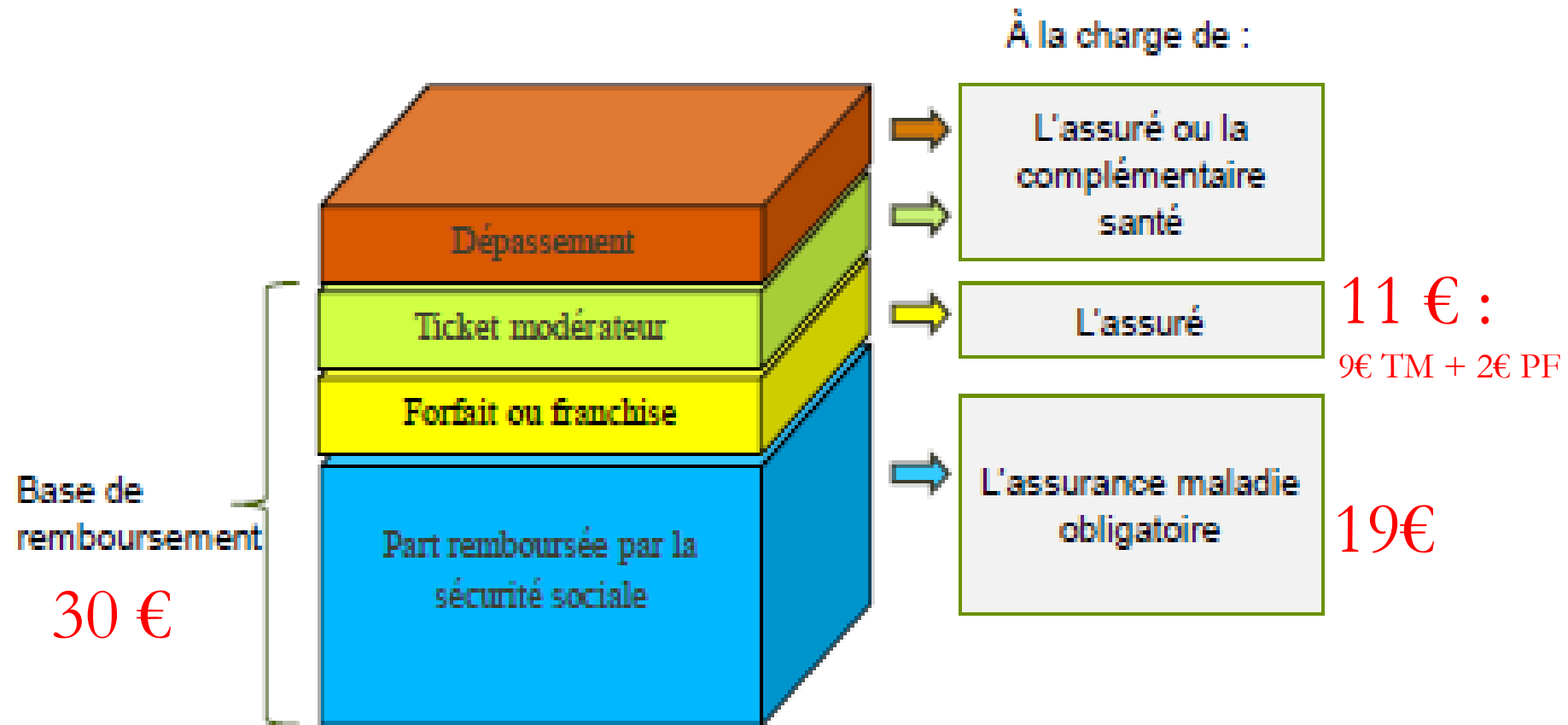
Médecin: forfait coordination (5€ / patient/an, 80€ si ALD et > 80 ans)

Niveau de remboursement selon le parcours de soins



- Remboursement par les assurances maladie
 - Un socle remboursé par l'assurance publique obligatoire
 - La part restante par les mutuelles ou le patient
- Des situations où on est mieux remboursés : ALD, maternité, Accident du travail/maladies professionnelles, faibles revenus, mineurs
- 2 exemples sur les diapos suivantes : consultation MG et médicament
 - Consultation d'un médecin généraliste : tarif de base de remboursement à 25 € (tarif public)
 - Sur ces 25€ :
 - 70% remboursés par l'assurance maladie publique obligatoire
 - 30% remboursés par les mutuelles ou le patient
 - 1€ non remboursé et tjs à la charge du patient (déduit du remboursement par l'assurance maladie publique) : la « participation forfaitaire »
 - Les dépassements , les franchises / forfaits : les mutuelles peuvent dans certains cas les rembourser

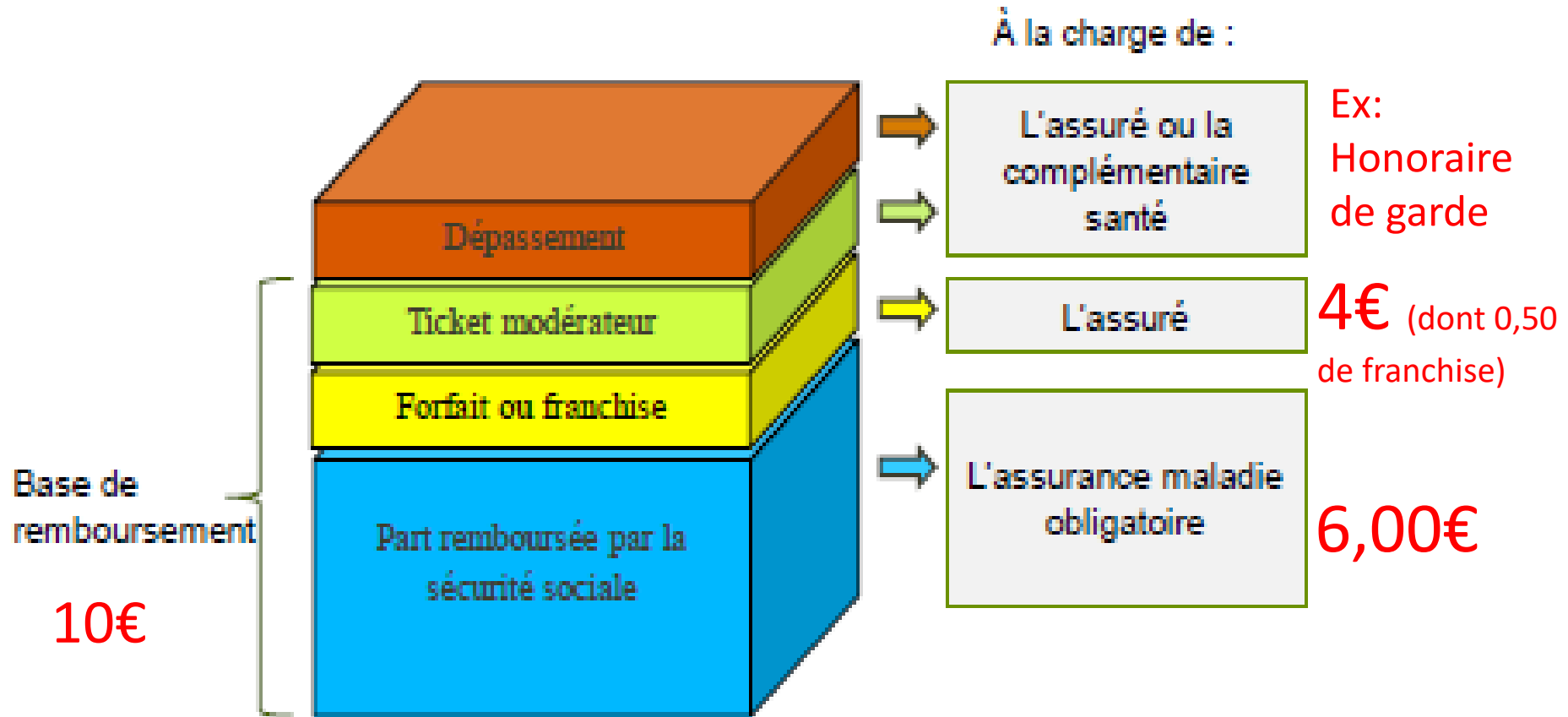
Remboursement d'une consultation de MG (TBRSS à 30€, et taux de remboursement : 70% sur ces 30€)



Exonération du TM= prise en charge à 100%: ALD exonérante, maternité, AT-MP, CSS (ex-CMUc)/AME.

Exonération Forfait/Franchise: CSS (ex-CMUc)/AME, grossesse, mineurs.

Exemple 2 : Remboursement d'une boîte de médicament à 10€ (TBRSS à 10€ et taux de remboursement 65% sur ces 10€)



Exonération du TM= prise en charge à 100%: ALD exonérante, maternité, AT-MP, CSS (ex-CMUc)/AME.

Exonération Forfait/Franchise: CSS (ex-CMUc)/AME, grossesse, mineurs.

« Cas particuliers » - meilleure prise en charge des soins

Maladies longues et coûteuses: Régime « Affections Longue Durée »

- Liste de 30 ALD établie par la HAS, 31^{ème} maladie si maladie grave, évolutive ou invalidante, ALD 32 si polyopathie invalidante avec soins >6 mois
- Rôle du médecin traitant: **élaboration protocole de soins et coordination**
- Exonération du TM (si ALD exonérante) pour les soins directement en lien avec l'ALD → Ordonnance bizonale

Maternité : remboursement habituel jusqu'au 6ème mois puis

PEC 100%, examens prénataux remboursés à 100% dès le début de la grossesse.



Accident du travail et maladie professionnelle : PEC 100% + tiers-payant

Solidarité : CSS et AME pour réduire les inégalités de santé

Complémentaire Santé Solidaire

= mutuelle gratuite ou peu onéreuse
= rembourse la part complémentaire

Conditions d'attribution:

- Etre affilié à l'AM obligatoire
- Revenus < plafond



Aide médicale d'Etat

= aide aux étrangers en situation précaire

Conditions d'attribution:

- Résidence stable
- Résidence **irrégulière**
- Revenus < plafond

Aucun paiement
direct (0€) par le
patient au PS

Prestations CSS et AME:

- Remboursement à 100% du BRSS
- Pas de forfait/franchise
- Pas de dépassement d'honoraires (sauf « demandes particulières » pour CSS)
- Tiers payant = dispense d'avance des frais
- PEC des lunettes, prothèses dentaires et prothèses auditives dans la plupart de cas

PLAN

1. Un système de santé
2. La consommation de soins et ses financeurs
3. Principaux modèles de systèmes de soins
4. Financement du système hospitalier - Exemples de parcours de soins –
Financement – Expérimentation du paiement à l'épisode de soins
5. Conclusion

Ma conclusion

- 4 financeurs : Sécurité sociale, Organismes d'assurance complémentaire, ménages et l'Etat
- Des périmètres différents de dépenses de santé
- Financement à l'activité principalement : la T2A à l'hôpital et à l'acte en ville
- L'hôpital : la moitié des dépenses de santé
- En ville : Paiement à l'acte principalement + des forfaits (médecin traitant, ROSP)
- Patients +/- bien remboursés selon leur situation (présence d'un médecin traitant, d'une affection longue durée, grossesse >6^{ème} mois, aide médicale d'Etat, etc.)
- On essaie de faire évoluer la T2A et le paiement à l'acte actuellement en introduisant plus de paiement à la qualité !
- Le futur est en marche 😊

Des questions ?

Asma FARES

asma.fares@chu-lyon.fr

Licence Sciences Santé – 1^{ère} année