

“La Santé au programme”

Atelier presse

PLFSS, ONDAM : comprendre le financement des hôpitaux publics

Point sur la situation financière des établissements publics de santé

Activité

- Forte augmentation de la productivité :

- **+ 10 %** de séjours de médecine et de chirurgie entre 2023 et 2025
- **Progression de + 1,5 %** des effectifs entre 2023 et 2025

+ 5,6 % de séjours pour le premier semestre de 2026 (par rapport au premier semestre de 2025)

Indicateurs financiers

- **Un déficit de - 2,3 Md €** en 2025 (contre - 2,9 Md € en 2024)
- **Un délai moyen de paiement à 68 jours** (contre un seuil réglementaire de 50 jours)
- **Un taux d'investissement inférieur à 5 %** pour un taux cible compris entre 7 et 9 % selon la FHF

La nécessité d'un **objectif national de dépenses d'assurance maladie pour 2027 à + 3,9 %** (+ 3,2 % hors cotisations à la caisse nationale de retraites des agents des collectivités locales et mesures nouvelles) **pour** :

- faire face aux évolutions des **besoins de santé**,
- permettre la **revalorisation ciblée des activités sous financées** (réanimation, pédiatrie, médecine lourde...)
- **soutenir des activités financées par dotation**
- **couvrir l'augmentation tendancielle des dépenses.**

Un lien direct entre l'aggravation du déficit des établissements et le sous-financement

Le **déficit** consolidé des établissements de santé est passé de 600 M € en 2019 à **2,3 Md €** en 2025 en raison :

- **Du sous financement cumulé des mesures RH de 1,7 Md € (estimation 2024, rapport IGAS 2025 publié en 2026).**
- **De la sous-estimation des impacts de l'inflation sur les dépenses hospitalières entre 2021 et 2025.**

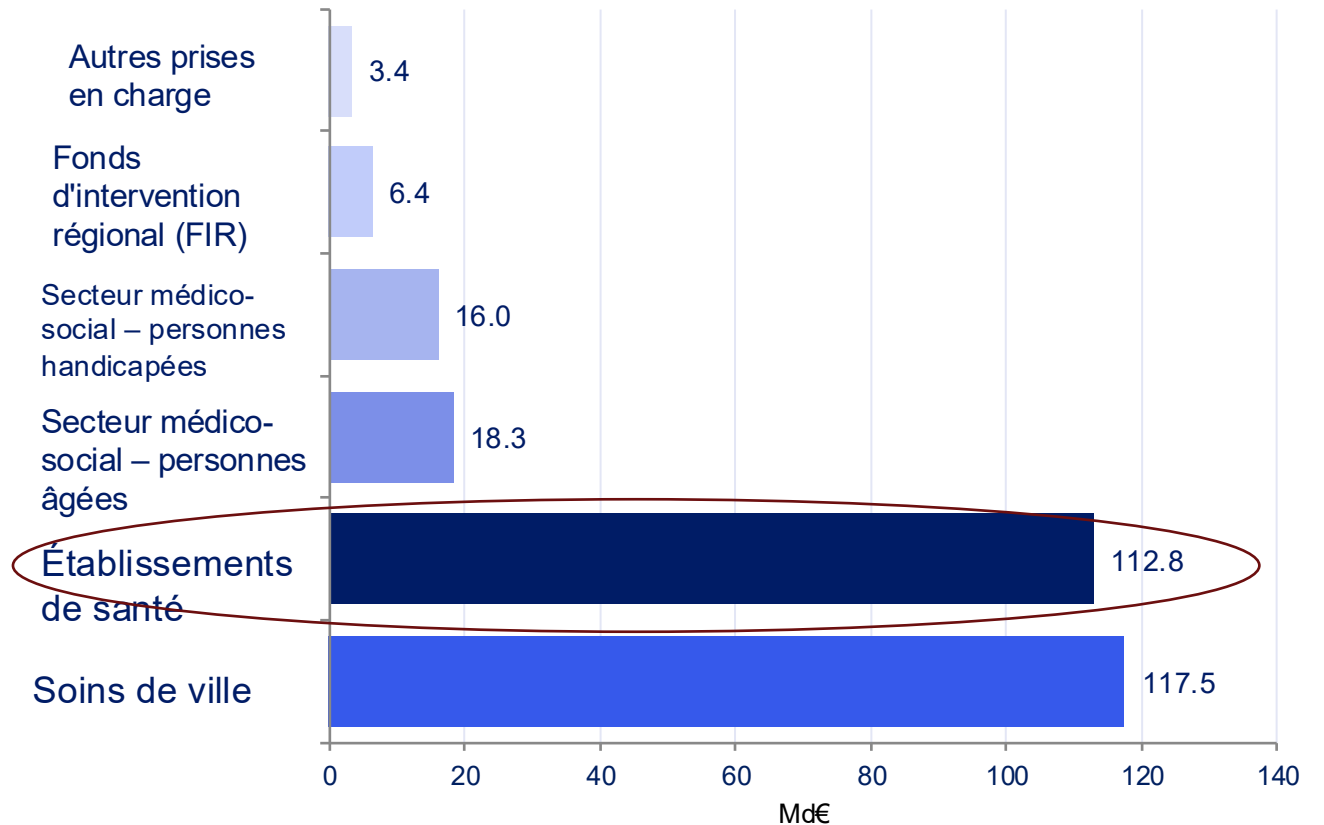
Ce sous-financement de l'ONDAM (financements de l'assurance maladie obligatoire) est aggravé par **l'érosion progressive du financement des organismes complémentaires**, avec une perte sèche comprise **entre 1 et 1,5 Md €, selon les estimations de l'IGAS (1,4 Md € selon les calculs de la FHF).**

Les revalorisations salariales étaient attendues et légitimes. Mais l'évolution des dépenses de personnel n'a pas été intégralement compensée et a généré la dégradation de la situation financière des établissements publics de santé.

Un outil de prévision et de régulation des dépenses de santé

- L'objectif national de dépenses d'assurance maladie (ONDAM) existe depuis 1996.
- C'est un objectif, pas un budget : **l'ONDAM n'est pas une enveloppe limitative.**
- Les établissements publics de santé représentent 41 % de l'ONDAM.

Des mécanismes de régulation ont toutefois été mis en œuvre pour éviter son dépassement. Ils pèsent essentiellement sur les établissements de santé et médico-sociaux et plus particulièrement sur les établissements publics, principalement financés par des enveloppes fermées et maîtrisables sur le plan comptable.



Composition de l'ONDAM

Le sous-objectif qui finance les établissements publics et privés

Le sous-objectif « établissements de santé » finance les activités de **médecine, chirurgie, obstétrique**, de **soins de rééducation et de réadaptation**, de **psychiatrie** et d'**hospitalisation à domicile**, dans le secteur public comme privé.

Deux principaux modes de financement :

Le financement à l'activité

- **Tarification à l'activité (tarifs séjours)**
 - **Consultations et actes** (imagerie, biologie, explorations fonctionnelles) hors hospitalisation
 - **médicaments coûteux**

Le financement par des dotations

- **Financement de missions d'intérêt général et d'aides à la contractualisation** : SAMU, recherche, études médicales
- **dotations populationnelles** des urgences, des soins de rééducation et de réadaptation et de la psychiatrie

En dehors de l'ONDAM ES, les forfaits journaliers hospitaliers (reste à charge) font partie du financement à l'activité. Le fonds d'intervention régional (FIR), finance, notamment, la permanence et la précarité via des dotations.

Faire évoluer la logique de construction actuelle de l'ONDAM pour partir des besoins de santé publique

Aujourd'hui, l'ONDAM permet avant tout le respect d'une enveloppe budgétaire, indépendamment des besoins de santé :

- 1) Définition de l'évolution tendancielle des dépenses (inflation, évolution de la masse salariale)
- 2) Intégration d'économies permettant de modérer l'évolution tendancielle des dépenses et de respecter le taux d'évolution cible des pouvoirs publics
- 3) Intégration, à la marge, d'objectifs ciblés de santé publique (recherche, santé mentale...).



La FHF souhaite changer de logique pour faire des besoins de santé le point de départ de l'ONDAM :

1) Définition des objectifs de santé publique et des besoins de soins

2) Intégration des évolutions démographiques, épidémiologiques et des modalités de prises en charge

3) Détermination des moyens nécessaires pour répondre aux besoins de santé intégrant des mesures d'efficience

Quatre leviers pour limiter les dépenses de l'assurance maladie

1

Les plans d'économies

Des mesures d'économies sont intégrées dès la construction de l'ONDAM. Leur chiffrage est souvent peu étayé et peu argumenté.

2

Les crédits mis en réserve : gels prudentiels

Une fraction des crédits de l'ONDAM est gelée (a minima 0,3% de l'ONDAM global) afin de couvrir un risque de dépassement.

3

La régulation prix/volumes

Le montant des tarifs hospitaliers évolue en fonction du taux d'évolution de l'enveloppe tarifaire et des prévisions en volume d'activité.

4

Les transferts entre enveloppes

Des crédits peuvent être transférés d'un sous-objectif à l'autre, en cours d'exercice, afin de couvrir un risque de dépassement.

Les plans d'économies

En principe : chaque loi de financement de la sécurité sociale (LFSS) intègre, dès sa construction, un montant d'économies chiffrées :

- Des leviers multiples concernant tous les sous-objectifs
- Un effort spécifique pour les établissements de santé : environ 650 M € chaque année (achats, ambulatoire, intérim)

En réalité :

- Les économies pesant sur des enveloppes ouvertes sont très théoriques et n'ont que peu de chances d'être réalisées, ces enveloppes étant par construction dépassables. Les économies certaines pèsent sur les enveloppes fermées des établissements.
- Les économies ne sont pas toujours très argumentées ni étayées (ex. des économies ciblées sur les achats, impactés par l'inflation ; ex. de l'ambulatoire qui ne produit des économies que si impact majeur sur le capacitaire)
- Les enveloppes ouvertes des établissements sont plus facilement maîtrisables (possibilité de fixation des tarifs *ex-ante* alors que les enveloppes ouvertes de ville sont soumises à des négociations conventionnelles préalables)
- Dans les faits, les plans d'économies effectifs ne pèsent réellement que sur les établissements (enveloppes fermées réduites a priori et possibilités de baisses tarifaires *ex-ante*)

→ **Les établissements de santé se sont vu imposer environ 13 Md € d'économies entre 2005 et 2026.**

→ **Les établissements publics doivent faire face à un mur de 11 Md € de dépenses supplémentaires entre 2026 et 2029, ils ne peuvent pas absorber de nouvelles économies majeures. Les leviers sont désormais dans la pertinence et l'organisation territoriale des soins.**

Les crédits mis en réserve (gels et coefficient prudentiels)

En principe : les mises en réserve prudentielles sont définies par la loi avec un niveau minimal fixé à 0,3 % pesant sur l'ensemble de l'ONDAM

En réalité : ces mises en réserve ne sont appliquées que sur les sous-objectifs finançant les établissements de santé et les établissements médico-sociaux (enveloppes fermées et dotations, coefficient prudentiel s'appliquant aux tarifs hospitaliers).

→ **Le taux de mise en réserve est donc beaucoup plus élevé pour les établissements sanitaires et médicaux sociaux** (0,7% sur les tarifs séjours par ex.) et nul (ou, de façon très exceptionnelle, très faible) sur les enveloppes entièrement ouvertes (sous-objectif de ville)

- Le **dégel** est **conditionnel** : en cas de dépassement, il peut ne pas être restitué, que ce dépassement concerne les enveloppes soumises à gel ou non. Les crédits sont restitués, en tout ou partie, si l'objectif de dépenses est sous exécuté.

- 0,7 %

des tarifs hospitaliers gelés chaque année depuis 2017

→ **Le principe de responsabilité devrait s'appliquer à tous les acteurs de la même façon.**

→ **Cet outil de régulation pénalise les établissements car ils peuvent se voir imposer une décision de non-dégel alors même qu'ils n'ont pas dépassé leur enveloppe et qu'ils ont déjà engagé les dépenses correspondant à ces crédits.**

La régulation prix/volume

En principe : les enveloppes ouvertes de l'ONDAM établissements de santé, c'est-à-dire les financements à l'activité (tarifs T2A) sont régulés par un mécanisme prix-volume.

L'évolution des tarifs est ainsi fixée en fonction du taux de progression de l'enveloppe tarifaire et de la prévision en volume de l'activité.

En réalité :

- Des baisses tarifaires quasi systématiques entre 2010 et 2018 : - 5 % pour l'activité de médecine, de chirurgie et d'obstétrique (MCO), du fait de prévisions de volume d'activité trop élevées.
- Travail engagé avec les pouvoirs publics en 2019 afin de fiabiliser les prévisions en volume → hausses tarifaires à partir de 2019.
- En 2026, une prévision d'activité de + 2,7 % a été retenu alors que l'agence technique de l'information hospitalière (ATIH) prévoyait un maximum de + 2,5 %.

→ **La fiabilité des prévisions d'activité en volume est donc essentielle.**

→ **Ce mécanisme rend difficile la prévision des recettes pour les établissements.**

→ **Il induit une déconnexion progressive entre tarifs et coûts de production des soins.**

Les transferts entre sous-objectifs de l'ONDAM

En principe : l'ONDAM se décompose en sous-objectifs, mais des transferts peuvent être opérés entre eux, en cours d'année ou d'un exercice à l'autre.

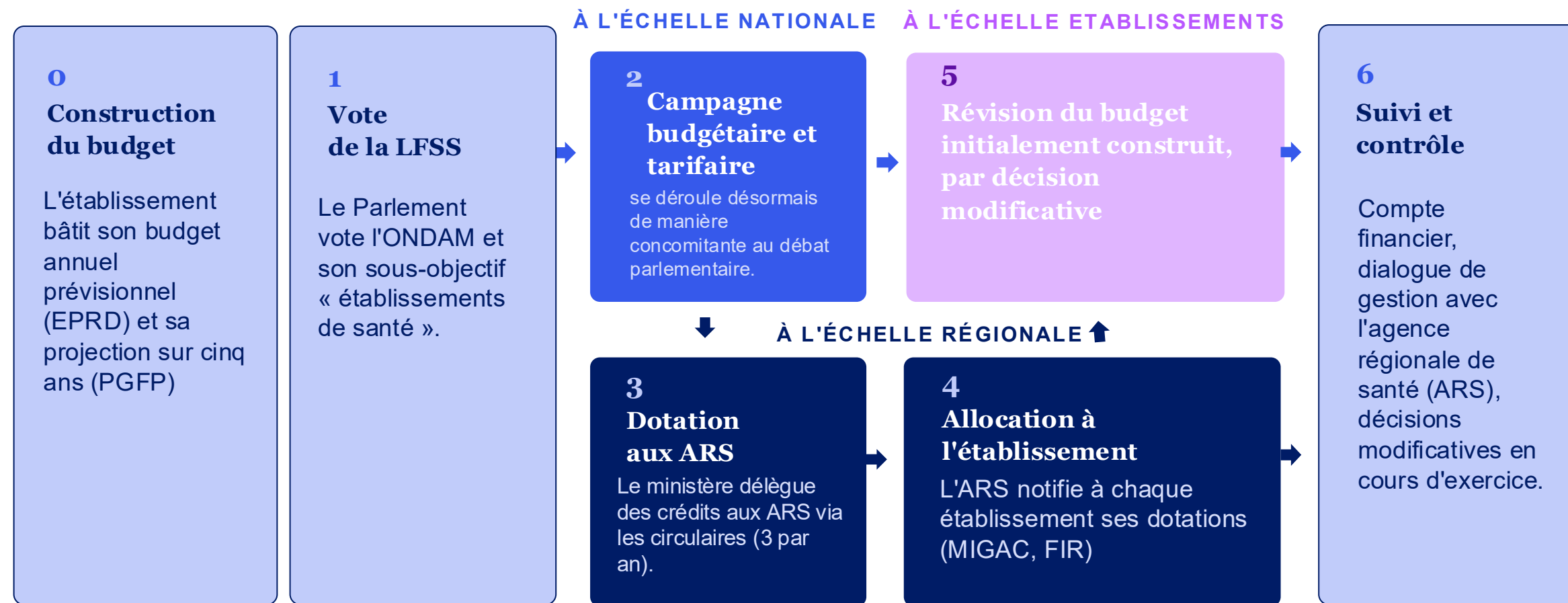
En réalité : les transferts sont à sens unique, le **sous-objectif établissements de santé et médico-sociaux abondant régulièrement le sous-objectif dédié aux dépenses de ville** :

- Entre 2014 et 2019 : transferts successifs aboutissant à un sous-financement annuel cumulé de 1 Md € de l'ONDAM établissements de santé vers l'ONDAM de ville
- En 2025 (PLFSS 2026) : 0,7 Md € vers l'ONDAM de ville, compensé par une réduction cumulée des ONDAM établissements de santé, établissements sociaux et médico-sociaux (ESMS) et du fonds d'intervention régional (FIR)

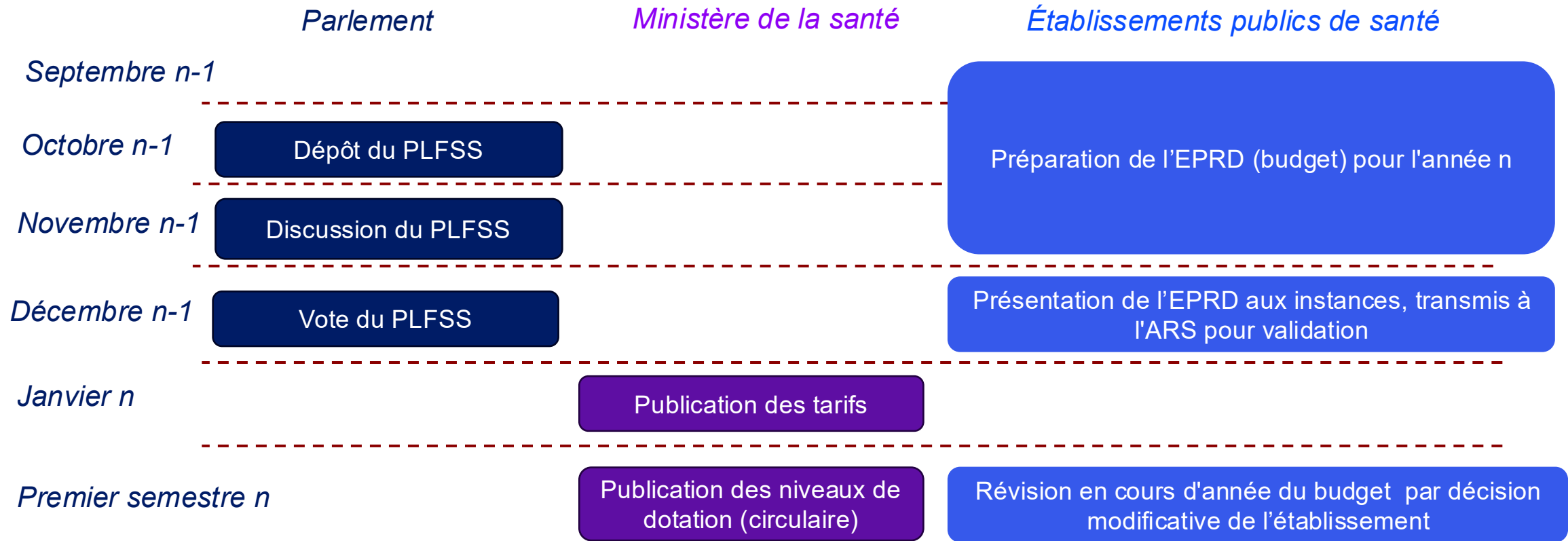
→ **Des établissements de santé variable d'ajustement systématique à l'équilibre de l'ONDAM**

→ **Lisibilité limitée de l'ONDAM** : les périmètres constamment modifiés compliquent la compréhension de l'ONDAM

De l'ONDAM national au financement de chaque hôpital



Le budget hospitalier (état prévisionnel des recettes et des dépenses, EPRD) : outil de prévision annuelle



L'établissement doit **estimer ses recettes prévisionnelles** (activité, tarifs, dotations), sans aucune visibilité sur l'évolution de l'ONDAM, son niveau de tarifs et de dotations.

Les ARS : pilotes des ressources régionales, dont les arbitrages touchent en premier les établissements publics de santé

LES ARS, ORGANISATRICES DES SOINS AU NIVEAU REGIONAL

- Relais de l'ONDAM national dans leur région
- Conduisent chaque année environ trois campagnes de notification budgétaire et valident les dotations pour chaque établissement.
- Interlocutrice du **dialogue de gestion** avec les établissements de santé (validation des budgets et des comptes des établissements)

LES ARS RÉALISENT DES ARBITRAGES SUR DES CRÉDITS ESSENTIELS

- **Le fonds d'intervention régional (FIR) permanence des soins** : 950 M € finançant en priorité l'hôpital public
- **Le FIR précarité** : 330 M € pour accompagner la prise en charge de patients plus complexes
- **Le FIR investissement** : 550 M € pour appuyer localement la politique nationale d'investissement
- **Le FIR aides en trésorerie** : 400 M € pour soutenir des établissements dont la situation est particulièrement dégradée

LES ARS, GARANTES DES EXIGENCES D'ÉCONOMIES

- Un gel de 150 M € sur le fonds d'intervention régional en 2026
- Des enveloppes du FIR qui servent de variable d'ajustement (ex. précarité : une baisse de près de 50 % pour certains établissements publics de santé)
- Pas de sanctuarisation du volet régional des aides à l'investissement

L'état prévisionnel des recettes et des dépenses (EPRD) : principaux postes de dépenses et de recettes

RÉPARTITION DES DÉPENSES HOSPITALIÈRES



= **63 %**

Dépenses de personnel

Composé à :

- 49 % rémunération du personnel non médical
- 16 % rémunération du personnel médical
- 35 % cotisations sociales

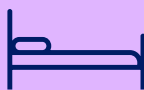
Environ 1 M d'agents

- 151 000 médecins
- 647 000 paramédicaux
- 174 000 manipulateurs, logisticiens...
- 115 000 administratifs



= **20 %**

Dépenses médicales



=

10 %

Charges hôtelières



=

7 %

Charges financières

RÉPARTITION DES RECETTES HOSPITALIÈRES



= **80 %**

Produits versés par
l'assurance maladie

**17,8 M de séjours et séances
en 2025**



=

14 %

Recettes diverses



=

6 %

Reste à charge
mutuelles et patients

Tarifs et dotations : deux modes de financement pour répondre aux besoins de santé

FINANCEMENT LIÉS À L'ACTIVITÉ

=> Rémunère un séjour, un acte ou une prestation unique et identifiée.

- Concerne l'essentiel de l'activité de médecine, chirurgie et obstétrique (séjours, actes et consultations externes, urgences) et une partie des soins de rééducation et de réadaptation
- Paiements en sus des tarifs : médicaments coûteux et dispositifs médicaux implantables (ou liste en sus)

Le montant perçu dépend directement du volume d'activité produit et du niveau des tarifs

→ Particulièrement soumis au mécanisme de régulation prix/volume et au coefficient prudentiel

- Les financements à l'activité représentent 67 % des recettes (hors recettes diverses) des EPS et 58 % de leurs recettes totales
- La T2A stricto sensu (tarif séjours) représente 36 % des recettes totales des établissements publics de santé.

FINANCEMENT À LA DOTATION

=> Financent des missions d'intérêt général et de service public, ayant des charges fixes importantes

- Concerne essentiellement les missions d'intérêt général, mais aussi les dotations de financement pour la psychiatrie, une partie des soins de rééducation et de réadaptation, et de l'activité des urgences.
- Inclut également le fonds d'intervention régional (FIR), piloté par les agences régionales de santé (permanence des soins, précarité)

→ Particulièrement soumises au mécanisme de gel

- Le financement par dotations représente 33 % des recettes des établissements publics, mais beaucoup plus dans les CHU
- Un gel des dotations impacte le financement de missions essentielles, assumées de façon prépondérante par le secteur public.

Les dotations permettent de sécuriser le financement des activités d'intérêt général

Les missions d'enseignement, de recherche, de référence et d'innovation (MERRI), composante des missions d'intérêt général, financent les surcoûts liés aux activités universitaires, en particulier dans les CHU

- Plusieurs composantes :
 - une part permettant de financer les infrastructures de recherche,
 - une part liée à la production scientifique (publications et inclusions dans les essais cliniques, ou par projet),
 - une part au titre de l'enseignement.
- Un poids budgétaire important : en 2025, la mission d'enseignement, de recherche, de référence et d'innovation (MERRI) représentait 2,2 Md €.

Les services d'aide médicale urgente (SAMU) : assurer le fonctionnement continu des services malgré les variations de l'activité

- les SAMU sont financés par une dotation et non à l'activité compte tenu du poids des charges fixes.
- Des montants significatifs : en 2025, la dotation SAMU représentait 400 M € (soit l'équivalent des moyens dédiés aux mesures nouvelles en 2025).
- Le SAMU assure une mission de régulation médicale permanente (écoute, orientation, envoi de moyens) qui ne peut être facturée acte par acte : le service doit assumer sa mission 24h/24, indépendamment du nombre d'appels traités un jour donné.

Le plan global de financement pluriannuel : une projection budgétaire sur 5 ans

Le **plan global de financement pluriannuel** (PGFP) vise une période d'au moins **cinq ans**

Projette le **cycle d'exploitation** des établissements, à savoir l'**évolution des recettes et dépenses**.

Intègre l'**impact des projets d'investissement** et de leurs modes de financement (emprunts, subventions, dotations) sur le cycle d'exploitation.

Doit être réalisé **chaque année** par les établissements, sans **visibilité de long terme sur les ressources publiques associées**.

Le plan de financement des investissements :

Retrace les **opérations d'investissement et leurs modes de financement** (emprunt, autofinancement, dotations et subventions)

Quel taux d'investissement cible pour les hôpitaux publics ?

Aujourd'hui, le taux d'investissement moyen des établissements publics est inférieur à 5 % de leurs recettes.

Les établissements publics de santé se heurtent à deux réalités :

- Le taux d'investissement, après une augmentation entre 2021 et 2023, connaît un infléchissement depuis 2024.
- *N.B. La sanctuarisation des crédits d'investissements des anciens plans d'investissement (6 Md €) devrait permettre une stabilisation des investissements hospitaliers, y compris après la fin du Ségur.*
- Les établissements n'ont **aucune** visibilité sur les évolutions du financement de leurs dépenses quotidiennes sur les années à venir et ne peuvent donc pas anticiper leur capacité d'investissement.

Deux thématiques transversales

Les investissements innovants et ceux liés à la transition écologique, énergétique et à l'adaptation climatique sont inclus à l'intérieur de ces deux volets — ce ne sont pas des enveloppes supplémentaires.

7 à 9 %

Taux d'investissement global cible (% des recettes)

Investissement courant

≈ 3 à 5 %

- Entretien des locaux
- Renouvellement des équipements médicaux (plateaux techniques) et hôteliers
- Investissements numériques

Opérations majeures

≈ 4 %

- Rénovation lourde et reconstruction des établissements de santé.

+

Investissements innovants + transition écologique, énergétique et adaptation climatique.

LES HÔPITAUX PUBLICS, UNE SOURCE DE FINANCEMENT UNIQUE, UNE EXIGENCE DE TRANSPARENCE



Des ressources 100 % publiques pour l'investissement

- L'investissement hospitalier public est dépendant des subventions et fonds publics
- Aucune possibilité de levée de fonds ou de capitalisation
- Recours à l'emprunt bancaire obéré par la situation financière



Les agences régionales de santé (ARS)

- Validation, suivi et contrôle régulier et rigoureux des budgets des établissements publics
- Le budget des établissements publics de santé comprend toutes les dépenses et toutes les recettes



Les comptables publics

- Obligation de dépôt des fonds auprès du Trésor public
- Garants de la bonne utilisation des deniers publics (contrôle de la légalité de la dépense)
- Contrôle renforcé sur les marchés publics et les dépenses

LES CLINIQUES PRIVÉES : DES FINANCEMENTS VARIÉS, OR L'ABSENCE DE TRANSPARENCE



L'investissement est permis par les levées de fonds

- Possibilité de capitalisation et de levée de fonds privés



La loi Valletoux (2023), toujours inappliquée

- Elle impose le contrôle financier des structures privées de santé lucratives
- Périmètre de contrôle complexe
- Son décret d'application n'est toujours pas entré en vigueur



Argent public reçu = quel contrôle ?

- La FHF demande la transparence sur l'usage des fonds publics
- Et l'égalité de traitement dans le contrôle des établissements

Une équation financière difficile, une programmation à construire

- Alors que l'on demande aux établissements publics de santé de projeter leurs dépenses et leurs recettes sur au moins 5 années, la détermination et le pilotage de l'ONDAM est annuel voire infra-annuel, sans visibilité pluriannuelle.
- Les mécanismes de régulation de l'ONDAM pèsent essentiellement sur les sous-objectifs des établissements de santé (112,8 Md € en 2026), des établissements médico-sociaux et le fonds d'intervention régional (FIR) : plans d'économies, gels pruden tiels, régulation prix/volume, transferts entre sous-objectifs, ce qui impacte leur situation financière et obère **leur visibilité à court terme**
- Le **sous-financement des mesures RH** (1,7 Md €, montant annuel cumulé en 2024) **et de l'inflation** a contribué à porter le déficit des hôpitaux publics à un niveau inédit et obère leur capacité à investir et leur trésorerie de façon durable d'année en année.
- Le financement par dotation des missions d'intérêt général constitue une variable d'ajustement en période de tension : le financement de la recherche a ainsi fait l'objet de ponctions pendant la décennie 2010. Le Ségur de la santé a permis de définir une trajectoire de rattrapage (400 M € sur 8 ans) mais les tensions financières ont limité ce rattrapage en 2026 (35 M € au lieu de 50 M €)

La FHF porte une proposition de loi de programmation pluriannuelle en santé

Remise au gouvernement le 20 mai 2025, à l'occasion de Santexpo, la proposition de la FHF reprend la forme d'une loi d'initiative gouvernementale ou parlementaire et s'articule en cinq parties :



Une loi de programmation pour assurer un financement de la santé basé sur les besoins de santé publique

Un ONDAM déclinant annuellement la loi de programmation, permettant le juste financement des établissements de santé et de leurs missions en sanctuarisant les financements de l'investissement, de la recherche et de l'innovation.

Un taux d'évolution plancher, associé à une vision claire de la santé publique pour sortir d'une logique comptable de l'ONDAM

Donner les moyens d'une véritable adaptation climatique : un fonds vert hors ONDAM de 1 Md€ / an dès 2027

Un double objectif : adapter les établissements aux conséquences du changement climatique et accélérer leur transition écologique et énergétique.

TROIS FONCTIONS

1

Engager les travaux d'adaptation déjà identifiés

Isolation thermique, protections solaires, ventilation, rafraîchissement des locaux.

2

Améliorer les projets de construction ou de rénovation déjà programmés

Afin de renforcer leur performance climatique et énergétique.

3

Acquérir les solutions de production de froid décarbonées

Réseaux de froid, « géocooling », « thermo-frigopompes »... et équipements fixes ou mobiles de rafraîchissement et de climatisation nécessaires avant les premiers épisodes de chaleur de 2027.

Sécuriser 2027. Programmer l'avenir.

LES DEMANDES DE LA FHF

1

Un ONDAM hospitalier en progression

de 3,2 % hors CNRACL, soit 3,9 % avec sa compensation intégrale et pérenne.

2

Une loi de programmation en santé

Pour le prochain quinquennat

3

Un fonds vert

Un milliard d'euros par an, hors ONDAM, dans le cadre du PLF 2027, pour adapter les établissements au changement climatique.

Il en va de notre capacité à assurer un accès universel aux soins, pour toutes et tous, partout sur le territoire et à préserver l'excellence de notre service public.

La FHF demande un ONDAM à + 3,9 % en réponse aux besoins de la population et pour soutenir l'activité des établissements

Évolution des
besoins de santé

Soutien des **activités**
sous-financées

Soutien des
activités financées
par dotations

Augmentation
tendancielle des
dépenses

Un ONDAM à + 3,9 % (dont cotisations CNRACL & mesures nouvelles ciblées)

= + 4,2 Md € (dont cotisations CNRACL & mesures nouvelles ciblées)
(ou + 3,6 Md €, hors cotisations CNRACL & mesures nouvelles ciblées)

Questions

Merci !

