

En 2017, la consommation de soins hospitaliers (établissements des secteurs public et privé, hors soins de longue durée) s'élève à 92,8 milliards d'euros. Elle est moins dynamique en 2017 (+0,9 %) que les années précédentes (+1,7 % en 2016 et +2,6 % en moyenne par an au cours de la période 2008-2015). Un fort ralentissement des volumes de soins dans le public comme dans le privé – les prix étant stables en 2017 tous secteurs confondus (0,0 %) – explique cette inflexion. La consommation de soins hospitaliers représente 46,6 % de la consommation de soins et de biens médicaux et 5,8 % de la consommation finale effective des ménages. L'Assurance maladie finance 91,6 % des dépenses de soins hospitaliers en 2017.

Un ralentissement marqué des volumes de soins hospitaliers dans le public comme dans le privé

L'ensemble de l'hospitalisation en court séjour (médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie [MCO]), moyen séjour (soins de suite et de réadaptation [SSR]) et psychiatrie donne lieu à une dépense de soins s'élevant à 92,8 milliards d'euros en 2017 (tableau 1). La consommation de soins hospitaliers est moins dynamique en 2017 (+0,9 %) que les années précédentes (+1,7 % en 2016 et +2,6 % en moyenne par an au cours de la période 2008-2015). Cette inflexion s'explique entièrement par un fort ralentissement des volumes de soins dans le public comme dans le privé, les prix étant stables en 2017 tous secteurs confondus (0,0 %). Ces soins hospitaliers représentent 46,6 % de la consommation de soins et de biens médicaux (CSBM). Cette part diminue légèrement depuis 2015, après avoir atteint un point haut en 2014, à 46,8 %. Enfin, la consommation de soins hospitaliers représente 5,9 % de la consommation finale effective des ménages en 2017. Cette part a légèrement augmenté depuis 2008 (+0,4 point) [graphique 1].

Le secteur public représente à lui seul 77,0 % de la consommation de soins hospitaliers en 2017, cette part étant stable depuis 2008. La consommation dans le secteur hospitalier public, qui comprend les établissements publics et la quasi-totalité des établissements privés à but non lucratif, s'élève ainsi à 71,5 milliards d'euros en 2017. Elle augmente plus faiblement qu'en

2016 en valeur (+0,8 % après +1,6 % en 2016) [graphique 2], en raison d'un très fort ralentissement des volumes (+0,4 % après +1,8 % en 2016). Les prix dans ce secteur repartent légèrement à la hausse en 2017 (+0,4 %). Les prix avaient baissé en 2016 (-0,3 %) et 2015 (-0,3 %), notamment en raison du ralentissement de la croissance de la masse salariale hospitalière intervenue ces mêmes années.

La consommation de soins hospitaliers en secteur privé s'élève en 2017 à 21,4 milliards d'euros. Les dépenses comptabilisées le sont par lieu d'exécution des soins et à ce titre comprennent l'ensemble des honoraires perçus par les professionnels libéraux exerçant dans le secteur privé, ainsi que les analyses médicales qui y sont effectuées. La consommation de soins hospitaliers privés est également moins dynamique en 2017 qu'en 2016 en valeur (+1,2 % après +2,4 %). Cette plus faible progression est portée par le ralentissement des volumes d'activité (+2,6 % après +3,8 % en 2016), dans un contexte de baisse des prix similaire à celle de 2016 (-1,4 %). Cette baisse des prix s'explique en partie par la modération des frais de séjour, liée aux baisses tarifaires et au crédit d'impôt pour la compétitivité et l'emploi (CICE), ainsi que par la modération des dépassements d'honoraires des praticiens (+2,7 % après +3,1 % en 2016).

Un financement presque exclusif par l'Assurance maladie

La place de la Sécurité sociale est prépondérante dans la couverture des dépenses de soins

hospitaliers (91,6 % en 2017). En comparaison, la Sécurité sociale finance 77,8 % de l'ensemble de la CSBM (graphique 3). L'intervention des autres financeurs est donc très faible. La part des organismes complémentaires est cependant en progression depuis 2008 (5,1 % en 2017 contre 4,8 % en 2008), tandis que la part de la Sécurité sociale diminue (91,6 % en 2017 contre 91,8 % en 2008).

Ces évolutions s'expliquent, d'une part, par les hausses du forfait journalier hospitalier (+1 euro en 2007 et +2 euros en 2010) et des tarifs journaliers de prestations (TJP), qui servent de base au calcul pour les tickets modérateurs à l'hôpital public, et d'autre part, par la mise en place, fin 2007, de la participation des assurés de 18 euros pour les actes lourds et le relèvement de son seuil d'application en 2011. ■

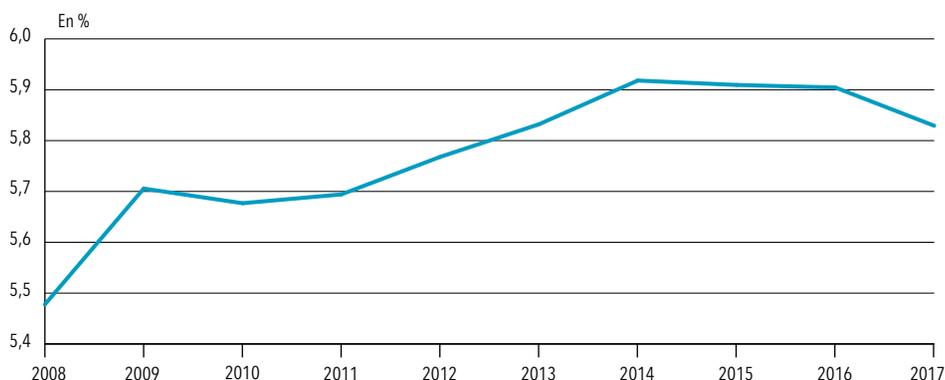
Tableau 1 Consommation de soins hospitaliers dans la consommation de soins et de biens médicaux depuis 2008

	En millions d'euros									
	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Consommation de soins hospitaliers	75 390	78 356	80 316	82 461	84 567	86 688	89 060	90 430	92 002	92 848
Secteur public	57 939	60 211	61 701	63 294	64 952	66 779	68 603	69 781	70 864	71 463
Secteur privé	17 451	18 145	18 615	19 166	19 615	19 909	20 457	20 649	21 138	21 386
Part dans la consommation de soins et de biens médicaux (en %)	45,7	46,1	46,3	46,3	46,5	46,8	46,8	46,9	46,8	46,6

Champ > France métropolitaine et DROM (inclus Mayotte, exclus Saint-Martin et Saint-Barthélemy), y compris le SSA.

Source > DREES, comptes de la santé.

Graphique 1 Évolution de la part de la consommation de soins hospitaliers dans la consommation effective des ménages depuis 2008

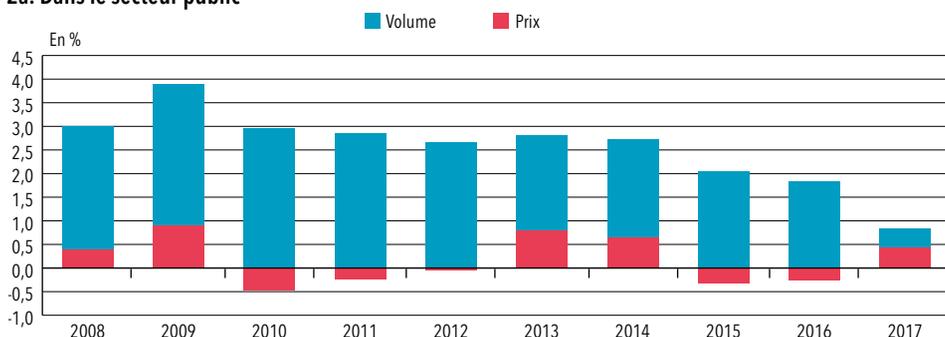


Champ > France métropolitaine et DROM (inclus Mayotte, exclus Saint-Martin et Saint-Barthélemy), y compris le SSA.

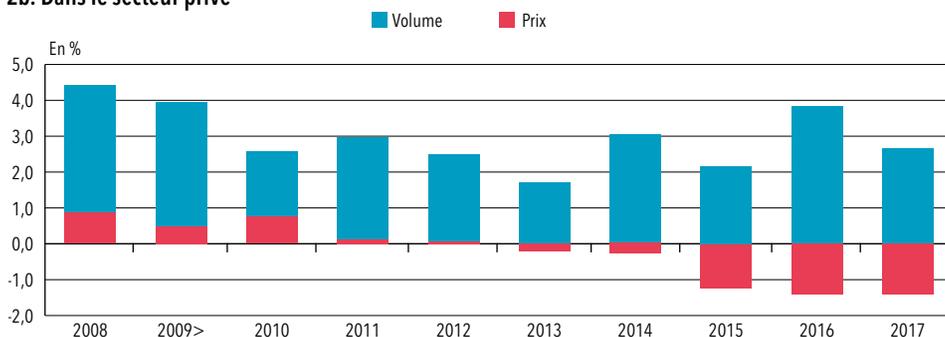
Sources > DREES, comptes de la santé ; Insee, comptes nationaux, base 2014, traitements DREES.

Graphique 2 Évolution de la consommation de soins hospitaliers dans les secteurs public et privé

2a. Dans le secteur public



2b. Dans le secteur privé

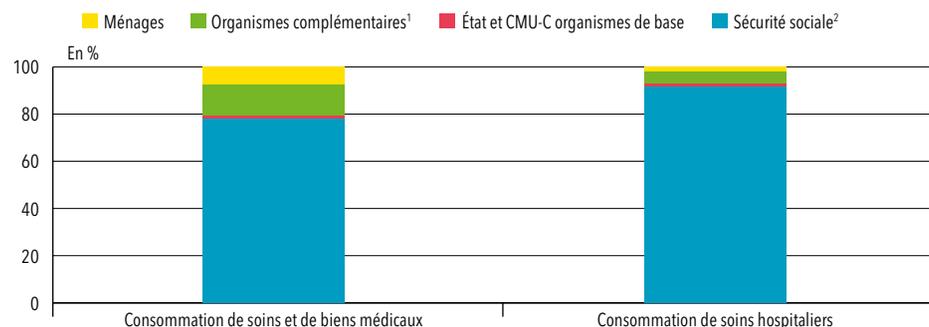


Note > Compte tenu des différences de méthodologie de mesure et de périmètre des tarifs dans les secteurs public et privé, les indices de prix des deux secteurs ne sont pas directement comparables (voir Gonzalez, *et al.*, 2018, annexe 2 « La méthodologie des comptes de la santé »).

Champ > France métropolitaine et DROM (inclus Mayotte, exclus Saint-Martin et Saint-Barthélemy), y compris le SSA.

Source > DREES, comptes de la santé.

Graphique 3 Structure de financement de la consommation de soins en 2017



CMU-C : couverture maladie universelle complémentaire.

1. Y compris les prestations CMU-C versées par ces organismes.

2. Y compris le déficit implicite des hôpitaux publics.

Champ > France métropolitaine et DROM (inclus Mayotte, exclus Saint-Martin et Saint-Barthélemy), y compris le SSA.

Source > DREES, comptes de la santé.

Encadré Sources et méthodes

Champ

Le champ retenu pour les résultats globaux présentés ici concerne la consommation de soins hospitaliers des établissements de santé des secteurs public et privé en 2017, en France métropolitaine et dans les DROM (non compris Saint-Martin et Saint-Barthélemy, y compris Mayotte), y compris le service de santé des armées (SSA). Les dépenses de soins des personnes âgées en établissements (soins de longue durée et soins en maisons de retraite) sont exclues.

Définitions

Dans les comptes de la santé, la distinction entre les deux secteurs ne repose pas sur leur statut juridique, mais sur leur mode de financement :

- > **Secteur public** : il regroupe les établissements de santé publics et la quasi-totalité des établissements privés à but non lucratif.
- > **Secteur privé** : il regroupe principalement les établissements à but lucratif.
- > **Consommation de soins hospitaliers** : ensemble des services (soins et hébergement) fournis par les hôpitaux du secteur public et par les établissements du secteur privé (à but lucratif ou non).
- > **Consommation de soins et de biens médicaux** : agrégat central des comptes de la santé, elle représente la valeur totale des biens et services qui concourent directement au traitement d'une perturbation de l'état de santé. Cette dépense inclut l'ensemble des biens médicaux et soins courants, y compris ceux des personnes prises en charge au titre des affections de longue durée (ALD). Elle exclut en revanche diverses composantes de la dépense liées notamment à la gestion et au fonctionnement du système ainsi qu'aux soins de longue durée, comptabilisées dans la dépense courante de santé.
- > **Consommation finale effective des ménages** : elle inclut tous les biens et les services acquis par les ménages résidents pour la satisfaction de leurs besoins, que ces acquisitions aient fait, ou non, l'objet d'une dépense de leur part. La consommation effective des ménages comprend donc, en plus des biens et des services acquis par leurs propres dépenses de consommation finale, les biens et les services qui, ayant fait l'objet de dépenses de consommation individuelle des administrations publiques ou des institutions sans but lucratif au service des ménages (ISBLSM), donnent lieu à des transferts sociaux en nature de leur part vers les ménages.

Pour en savoir plus

> **Gonzalez, L., Roussel, R., Héam, J.C., Mikou, M. et Ferretti, C. (2018).** *Les dépenses de santé en 2017. Résultats des comptes de la santé (édition 2018)*. Paris, France : DREES, coll. Panoramas de la DRESS-santé.