

En 2020, les dépenses de consommation de soins hospitaliers (secteurs public et privé, hors soins de longue durée) s'élevaient à 100,5 milliards d'euros. Elles progressent de +3,7 % en valeur par rapport à 2019, malgré une forte baisse du volume des soins (-8,0 %). Cette baisse s'explique par la déprogrammation de soins non urgents lors de la crise sanitaire liée à l'épidémie de Covid-19, essentiellement durant la première vague épidémique. Le secteur public produit les trois quarts des soins hospitaliers (78 %) consommés en France. Le financement des soins hospitaliers (publics ou privés) est principalement supporté par l'Assurance maladie, à hauteur de 93 % en 2020.

## Une accélération de la consommation de soins hospitaliers liée à la crise sanitaire

La consommation de soins de l'ensemble de l'hospitalisation (médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie [MCO], soins de suite et de réadaptation [SSR] et psychiatrie [PSY]) s'élève à 100,5 milliards d'euros en 2020 (tableau 1)<sup>1</sup>. Ces soins hospitaliers représentent 48 % de la consommation de soins et de biens médicaux (CSBM) et 6,3 % de la consommation finale effective des ménages (graphique 1).

La dépense de consommation de soins hospitaliers augmente de 3,7 % en 2020, après +2,1 % en 2019. Cette accélération est portée par le secteur public, dont la production de soins augmente de +5,6 % en 2020, tandis que celle du secteur privé recule de 2,4 %. Sur l'ensemble des deux secteurs, la progression des dépenses résulte d'une hausse soutenue des prix (+12,7 % en 2020), alors que les volumes de soins s'effondrent (-8,0 %).

## En 2020, 78 % de la consommation de soins hospitaliers dépend du secteur public

La consommation de soins hospitaliers dans le secteur public, estimée par les coûts des facteurs de production, progresse en 2020 (+5,6 % après +2,0 % en 2019) pour atteindre 78,7 milliards d'euros (tableau 1), soit 78 % de l'ensemble des soins hospitaliers. Cette forte hausse s'explique par une augmentation exceptionnelle de la rémunération des salariés, qui contribue à hauteur des deux tiers

de la hausse globale (graphique 2). Les salaires progressent, d'une part, avec les premiers effets de la mise en œuvre des mesures des accords du Ségur de la santé, qui ont octroyé des augmentations aux personnels de la fonction publique hospitalière et, d'autre part, avec le versement en 2020 par l'Assurance maladie d'une prime Covid-19 de 1 500 euros à l'ensemble des personnels de l'hôpital dans les départements les plus exposés à l'épidémie et de 500 euros dans les autres départements. Les consommations intermédiaires, soutenues par les surcoûts liés à la prise en charge des patients atteints de Covid-19 (équipements pour la réanimation, tests diagnostiques, etc.), contribuent pour un tiers à la hausse des dépenses.

À l'inverse, les volumes de soins hospitaliers du secteur public, évalués à partir du nombre de séjours pondérés par leurs tarifs, ralentissent fortement en 2020 (-9,9 %, après +0,0 % en 2019). La baisse des volumes de soins est notamment liée aux déprogrammations de soins non urgents intervenues lors de la première vague épidémique entre mars et mai 2020. L'activité hospitalière retrouve quasiment son niveau antérieur aux effets de la première vague entre juin et septembre 2020. Puis elle est de nouveau perturbée par l'arrivée de la deuxième vague épidémique en fin d'année. La baisse de l'activité hospitalière s'explique aussi par d'autres effets. Le recul plus marqué des soins des enfants de 2 à 14 ans et des séjours liés à des

1. Ces résultats sont issus des comptes de la santé publiés en septembre 2021. Ils sont susceptibles d'être révisés lors de la prochaine publication des comptes de la santé, en septembre 2022, dans l'ouvrage *Les dépenses de santé en 2021. Résultats des comptes de la santé – édition 2022*. Paris, France, DREES, coll. Panoramas de la DREES-santé.

motifs ORL, maladies infectieuses et maladies de l'appareil respiratoire est probablement dû à l'application des mesures sanitaires et des gestes barrières. Par ailleurs, la baisse du nombre de séjours pour des pathologies graves et aiguës peut être liée à la fois à des difficultés d'accès aux soins (saturation des numéros d'urgence et/ou capacités réduites d'hospitalisation) et à un moindre recours (par exemple, par peur d'être contaminé en se rendant à l'hôpital et/ou de participer à la saturation des services d'urgence).

### La consommation de soins hospitaliers privés atteint 21,9 milliards d'euros en 2020

En 2020, la consommation de soins hospitaliers dans le secteur privé s'élevait à 21,9 milliards d'euros. Elle est principalement constituée des tarifications à l'activité et de prestations en sus, mais elle comprend également les honoraires perçus par les professionnels libéraux qui y exercent ainsi que les analyses médicales qui y sont effectuées. La consommation de soins hospitaliers privés se replie en 2020 (-2,4 %, après +2,5 % en 2019).

**Tableau 1** Consommation de soins hospitaliers et part dans la consommation de soins et de biens médicaux depuis 2011

En millions d'euros

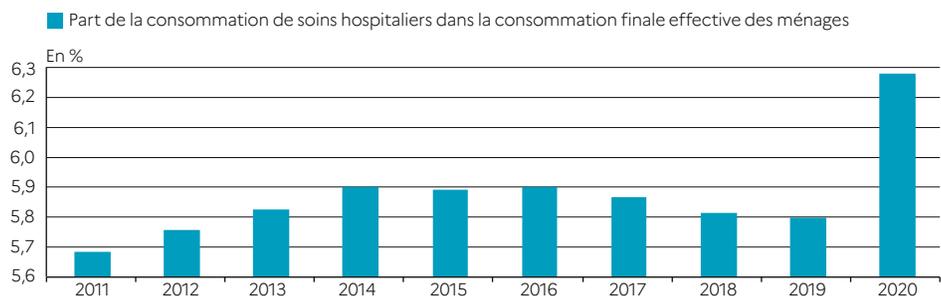
		2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
<b>Ensemble</b>		<b>82 317</b>	<b>84 410</b>	<b>86 589</b>	<b>88 812</b>	<b>90 162</b>	<b>92 048</b>	<b>93 602</b>	<b>94 909</b>	<b>96 921</b>	<b>100 536</b>
Évolution (en %)	Valeur	2,7	2,5	2,6	2,6	1,5	2,1	1,7	1,4	2,1	3,7
	Prix	0,1	0,2	1,3	0,3	-0,5	-0,2	0,7	0,3	1,5	12,7
	Volume	2,7	2,3	1,3	2,2	2,1	2,3	1,0	1,1	0,6	-8,0
<b>Secteur public</b>		<b>63 144</b>	<b>64 853</b>	<b>66 795</b>	<b>68 481</b>	<b>69 629</b>	<b>70 965</b>	<b>72 191</b>	<b>73 037</b>	<b>74 505</b>	<b>78 664</b>
Évolution (en %)	Valeur	2,6	2,7	3,0	2,5	1,7	1,9	1,7	1,2	2,0	5,6
	Prix	0,1	0,3	1,7	0,6	-0,4	0,1	1,3	0,7	2,0	17,1
	Volume	2,5	2,4	1,2	1,9	2,0	1,8	0,5	0,5	-0,0	-9,9
<b>Secteur privé</b>		<b>19 173</b>	<b>19 557</b>	<b>19 794</b>	<b>20 331</b>	<b>20 533</b>	<b>21 082</b>	<b>21 411</b>	<b>21 872</b>	<b>22 416</b>	<b>21 872<sup>1</sup></b>
Évolution (en %)	Valeur	3,3	2,0	1,2	2,7	1,0	2,7	1,6	2,2	2,5	-2,4
	Prix	0,1	-0,1	-0,3	-0,5	-1,1	-1,3	-1,3	-0,9	-0,1	-0,7
	Volume	3,2	2,1	1,6	3,3	2,1	4,1	2,9	3,1	2,6	-1,7
<b>Part de la consommation de soins hospitaliers dans la consommation de soins et de biens médicaux (en %)</b>		<b>45,9</b>	<b>46,1</b>	<b>46,4</b>	<b>46,5</b>	<b>46,5</b>	<b>46,5</b>	<b>46,5</b>	<b>46,5</b>	<b>46,5</b>	<b>48,1</b>

1. En 2020, la consommation de soins hospitaliers atteint 22,916 milliards d'euros dans le secteur privé, dispositif d'indemnisation de la perte d'activité (Dipa) inclus (voir fiche 2 du panorama *Les dépenses de santé en 2020 - édition 2021*).

**Champ** > France entière (non compris 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 2011



**Champ** > France entière (non compris Saint-Martin et Saint-Barthélemy), y compris le SSA.

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

Ce recul des soins touche pratiquement tous les secteurs d'activité, à l'exception de l'hospitalisation à domicile (HAD) et des dépenses de médicaments en sus.

Les établissements privés ont reçu 1,0 milliard d'euros au titre de la garantie de financement en 2020. Cette garantie, qui vise à assurer un niveau de ressources au moins équivalent à celui perçu en 2019, est considérée comme une subvention et n'est, par convention, pas incluse dans la consommation de soins de santé. En intégrant cette aide, les dépenses en clinique privée progresseraient alors de 2,2 % en 2020.

Pour la dixième année consécutive, les prix des soins en clinique diminuent (-0,7 % en 2020). Cette tendance s'explique notamment par la modération des frais de séjour, liée aux baisses tarifaires dans le secteur privé. Celles-ci seraient en partie amorties par les effets de nouveaux dispositifs fiscaux et sociaux (pacte de responsabilité, crédits

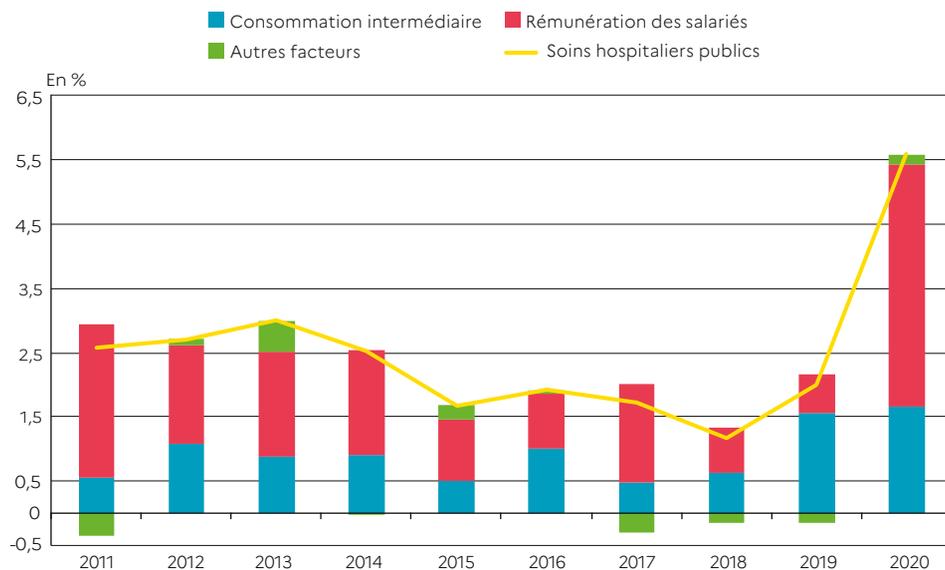
d'impôt compétitivité emploi et crédits d'impôt sur la taxe sur les salaires).

### Une hausse du financement par l'Assurance maladie

La place de la Sécurité sociale est prépondérante pour le financement de la consommation de soins hospitaliers (92,8 % en 2020). En comparaison, la Sécurité sociale ne finance que 79,8 % de la CSBM (graphique 3). Depuis 2012, sa part dans le financement des soins hospitaliers augmente continûment, en raison notamment de l'augmentation des dépenses liées aux affections de longue durée (ALD). En 2020, la progression du financement par la Sécurité sociale est liée à la hausse des dotations versées aux secteurs hospitaliers public et privé afin de lutter contre l'épidémie de Covid-19.

Les autres acteurs financent une part plus modeste : entre 4 % et 6 % selon le secteur pour les organismes complémentaires, un peu plus de 1 %

## Graphique 2 Évolution de la consommation de soins hospitaliers dans le secteur public et ses principaux déterminants depuis 2011



**Note** > Le poste « Autres facteurs » regroupe la consommation de capital fixe et les impôts nets des subventions à la production.

**Lecture** > La consommation de soins hospitaliers dans le secteur public progresse de 5,6 % en 2020, dont 3,8 points s'expliquent par la hausse des rémunérations (salaires et cotisations).

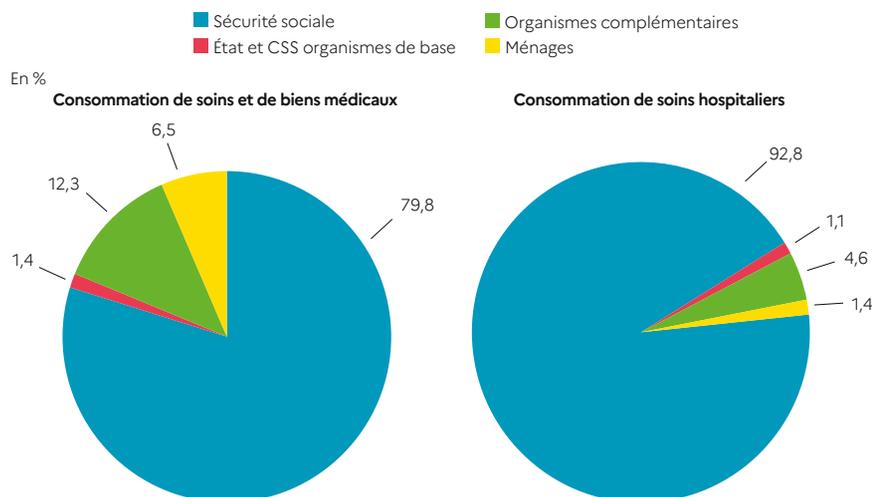
**Champ** > France entière (non compris Saint-Martin et Saint-Barthélemy), y compris le SSA.

**Sources** > DREES, comptes de la santé; Insee, retraitements DREES.

pour l'État (aide médicale de l'État [AME] et complémentaire santé solidaire [CSS] versées par les organismes de base). En 2020, le reste à charge des ménages représente 0,7 % de la dépense pour les

soins hospitaliers publics et 4,0 % pour les soins hospitaliers privés. Cette part à la charge des ménages est stable dans le secteur privé et baisse de 0,6 point en 2020 dans le secteur public. ■

### Graphique 3 Structure de financement de la consommation de soins en 2020



CSS : complémentaire santé solidaire.

**Champ** > France entière (non compris 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, de France entière (non compris Saint-Martin et Saint-Barthélemy) y compris le service de santé des armées (SSA). Les dépenses de soins des personnes âgées en établissements (unités de soins de longue durée et soins en maisons de retraite) en sont exclues.

##### Définitions

Dans les comptes de la santé, la distinction entre les deux secteurs (public et privé) 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. Dans les comptes de la santé, l'hôpital public est considéré comme un secteur non marchand. La consommation de soins hospitaliers du secteur public est évaluée en fonction des coûts des différents facteurs de production : rémunération des salariés, consommation intermédiaire, impôts sur la production nette des subventions et consommation de capital fixe.

> **Secteur privé** : il regroupe principalement les établissements à but lucratif. Dans les comptes de la santé, le secteur privé est un secteur marchand. La consommation de soins est calculée à partir des recettes des cliniques hors subventions.

> **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 intermédiaire** : valeur des biens et services transformés ou entièrement consommés au cours du processus de production. L'usure des actifs fixes mis en œuvre n'est pas prise en compte; elle est enregistrée dans la consommation de capital fixe.

> **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 au sens international.

> **Consommation finale effective des ménages** : elle inclut tous les biens et les services acquis par les ménages résidants 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., Lefebvre, G., Mikou, M. et Portela, M. (dir.)** (2021). *Les dépenses de santé en 2020. Résultats des comptes de la santé – édition 2021*. Paris, France : DREES, coll. Panoramas de la DREES-santé.