

Les dépenses de soins hospitaliers s'élèvent à 100,5 milliards d'euros en 2020. Elles progressent de 3,7 %, malgré une forte baisse du volume de soins (-8,0 %). L'activité a été fortement touchée par la crise sanitaire, entraînant des déprogrammations de soins non urgents durant le premier confinement. Dans le secteur public, les dépenses progressent de 5,6 % en 2020, essentiellement à cause d'une hausse des rémunérations des personnels. Dans le secteur privé, les dépenses, comptabilisées hors subventions exceptionnelles, baissent de 2,4 %.

Une forte hausse des dépenses liées à la crise sanitaire

En 2020, la consommation de soins hospitaliers, tous secteurs confondus, accélère avec une croissance de 3,7 %, après 2,1 % en 2019 (tableau 1). Elle s'élève à 100,5 milliards d'euros, soit 48 % de la consommation de soins et de biens médicaux (CSBM). Cette accélération est portée par le secteur public dont la production de soins augmente de 5,6 % en 2020, tandis que le secteur privé recule de 2,4 %.

Cette divergence est en partie liée à la différence de comptabilisation des dépenses entre les deux secteurs. Dans les comptes de la santé, le secteur public est considéré comme un service non marchand et ses dépenses sont estimées par la somme de ses coûts de production, indépendamment de ses recettes (annexe 2). Le secteur

hospitalier privé, pour sa part, est un service marchand. Les services de soins qu'il produit sont évalués à l'aune du prix facturé par ces établissements en contrepartie des soins délivrés, et les subventions à la production reçues sans contrepartie sont, quant à elles, exclues.

Or, en 2020, l'Assurance maladie a accordé des aides financières afin de soutenir les établissements de santé touchés par la crise sanitaire. Ces aides sont indirectement intégrées dans les facteurs de production pour le secteur public dans la mesure où elles ont contribué à faire face aux coûts de fonctionnement. Elles sont en revanche exclues dans le cas des cliniques privées. En incluant les aides versées aux cliniques privées en 2020 (estimées à 1,0 milliard d'euros au titre de la garantie de financement¹), les dépenses en cliniques privées progresseraient de 2,2 % en 2020.

Tableau 1 Consommation de soins hospitaliers

En millions d'euros

	2011	2016	2017	2018	2019	2020	2020 y compris DIPA ¹
Ensemble	82 317	92 048	93 602	94 909	96 921	100 536	
Évolution (en %)	2,7	2,1	1,7	1,4	2,1	3,7	
Prix (en %)	0,1	-0,2	0,7	0,3	1,5	12,7	
Volume (en %)	2,7	2,3	1,0	1,1	0,6	-8,0	
Secteur public	63 144	70 965	72 191	73 037	74 505	78 664	
Évolution (en %)	2,6	1,9	1,7	1,2	2,0	5,6	
Prix (en %)	0,1	0,1	1,3	0,7	2,0	17,1	
Volume (en %)	2,5	1,8	0,5	0,5	0,0	-9,9	
Secteur privé	19 173	21 082	21 411	21 872	22 416	21 872	22 916
Évolution (en %)	3,3	2,7	1,6	2,2	2,5	-2,4	2,2
Prix (en %)	0,1	-1,3	-1,3	-0,9	-0,1	-0,7	
Volume (en %)	3,2	4,1	2,9	3,1	2,6	-1,7	

1. Dispositif d'indemnisation de la perte d'activité (fiche 2).

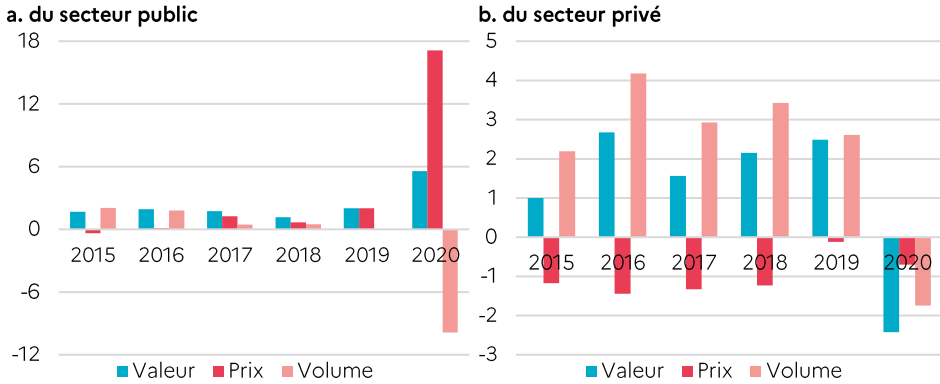
Note > Données révisées par rapport à l'édition précédente (annexe 3).

Source > DREES, comptes de la santé.

¹ La garantie de financement versée aux établissements de santé assure un niveau de financement au moins égal à celui de l'année 2019.

Graphique 1 Évolution de la consommation de soins hospitaliers

En %



Source > DREES, comptes de la santé.

Une baisse des volumes d'activité

Globalement, sur l'ensemble des deux secteurs, la progression des dépenses est intégralement portée par une hausse soutenue des prix (+12,7 % en 2020), alors que les volumes de soins s'effondrent (-8,0 %). Pour le secteur public, la baisse des volumes est prononcée (-9,9 % en 2020); elle est de plus faible ampleur pour le secteur privé (-1,7 %).

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'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH) estime, pour l'ensemble des secteurs, que l'activité de médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie (MCO) au mois d'avril 2020 est 53 % plus faible que celle d'avril 2019 (en évolution corrigée des jours ouvrables). La hausse d'activité liée aux séjours Covid-19 est loin de contrebalancer la baisse d'activité liée aux déprogrammations puisque les journées d'hospitalisation des patients atteints du Covid-19 en MCO n'ont représenté que 14 % des journées d'hospitalisation en MCO entre le 17 mars et le 11 mai 2020.

L'activité hospitalière retrouve presque son niveau habituel entre juin et septembre 2020.

Puis, elle est de nouveau perturbée par l'arrivée de la deuxième vague épidémique en fin d'année. L'activité MCO recule de respectivement -14 % et de -8 % aux mois de novembre et décembre 2020 (calcul ATIH). Au cours de cette période, la gestion des déprogrammations a été plus territorialisée et a entraîné globalement une moindre baisse de l'activité.

En parallèle, la hausse du nombre de journées d'hospitalisation à domicile (HAD) de 10,9 % en 2020 (calcul ATIH) traduit le report à domicile d'une partie de l'activité.

La baisse de l'activité hospitalière s'explique également par d'autres effets que la déprogrammation. En particulier, le recul plus marqué chez les enfants de 2 à 14 ans et pour les séjours liés à des motifs ORL, maladies infectieuses et maladies de l'appareil respiratoire est probablement dû à l'application des mesures sanitaires et des gestes barrières. La baisse du nombre de séjours pour des pathologies graves et aiguës peut être liée à la fois à un moindre recours (par exemple, la peur d'être contaminé en se rendant à l'hôpital et/ou de participer à la saturation des services d'urgences) et à des difficultés d'accès aux soins (saturation des numéros d'urgence et/ou capacités réduites d'hospitalisation).

Encadré La mesure du volume d'activité à l'hôpital public

Les comptes de la santé proposent, pour chaque poste de la consommation de biens et de services médicaux, un partage de la croissance entre un effet qui traduit l'évolution des prix et un effet dit « volume » qui reflète l'évolution des quantités et de la qualité des biens ou des services consommés (*annexe 4*).

L'activité des hôpitaux publics étant considérée comme non marchande (*annexe 2*), l'estimation de la valeur et du partage volume-prix de ce poste repose sur des méthodologies spécifiques.

La valeur des soins délivrés à l'hôpital public est ainsi estimée par la somme des coûts de production plutôt que par les montants facturés à l'Assurance maladie, à l'État et aux patients. L'estimation du volume d'activité est calculée à partir des données sur le nombre de séjours fournies par l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATI-H). L'effet volume est donc identifié à l'effet quantité, la qualité des soins étant réputée constante d'une année sur l'autre. La croissance en valeur résultant de la combinaison de la croissance du volume et de celle des prix, l'évolution des prix des soins hospitaliers public est déduite de celles de la valeur et du volume.

Pour cette édition des comptes de la santé, le volume d'activité a été estimé à méthodologie inchangée par rapport aux éditions précédentes. Le contexte exceptionnel lié à la crise sanitaire pourrait cependant justifier une adaptation méthodologique. En effet, la croissance en volume doit aussi refléter l'évolution de la qualité des biens ou de services consommés. Or, en 2020, la crise sanitaire a entraîné une prise en charge spécifique des patients atteints de la Covid-19 et plus largement une réorganisation de l'activité hospitalière mesurée de manière imparfaite dans les indicateurs d'activité usuels. Une partie des surcoûts générés par la crise sanitaire pourrait être interprétée comme un « effet qualité », qui viendrait s'ajouter à l'« effet quantité » dans la croissance en volume. À titre d'illustration, l'intégration des primes versées aux personnels hospitaliers dans le cadre de la gestion de la crise sanitaire dans l'effet volume modifierait le partage volume-prix d'environ 1,5 point (à la hausse sur le volume et à la baisse sur les prix).

Des travaux seront menés conjointement avec l'INSEE afin de fournir une estimation de cet effet qualité dans la prochaine publication des comptes de la santé.

Une hausse des rémunérations des personnels hospitaliers publics

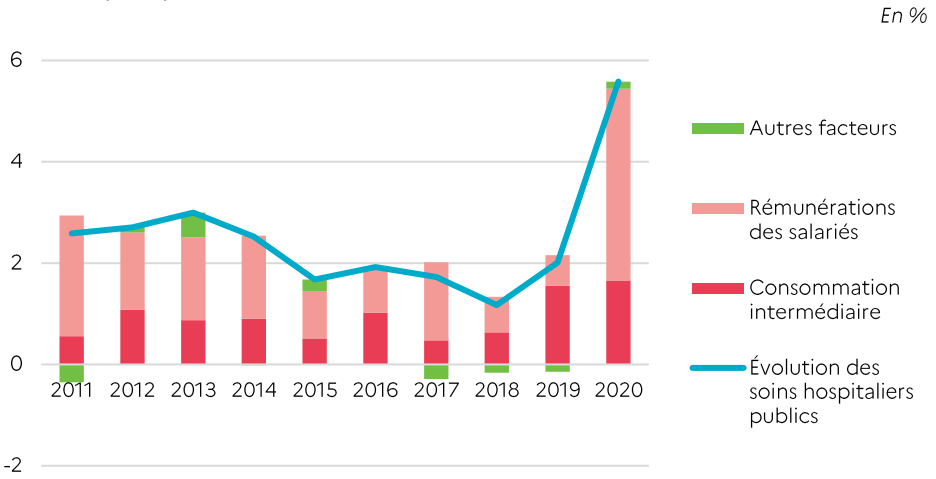
La forte hausse des dépenses dans le secteur public s'expliquerait, selon des données provisoires, par une accélération de la rémunération des salariés (contribution à hauteur de deux tiers de la hausse, *graphique 2*). Deux facteurs expliquent cette progression des salaires. D'une part, les premiers 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 (+90 euros nets mensuels au 1^{er} septembre 2020, suivi par une seconde hausse de +93 euros nets mensuels au 1^{er} décembre 2020). D'autre part, 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 heures supplémentaires ont aussi été majorées de 50 % pendant l'état de crise sanitaire.

Les consommations intermédiaires, soutenues par les surcoûts liés à la prise en charge des patients atteints par la Covid-19 (équipements pour la réanimation, tests diagnostiques, etc.), contribuent pour un tiers à la hausse des dépenses.

Sur les dix dernières années, la consommation de soins hospitaliers du secteur public a progressé en moyenne de 2,7 % par an entre 2011 et 2014, puis a ralenti entre 2015 et 2019 sur un rythme moyen annuel de +1,7 %.

Ce ralentissement s'explique d'abord par un tassement des prix en 2015 et 2016, puis par le ralentissement des volumes de soins en MCO à partir de 2017 (progression des volumes de 2,7 % en moyenne par an entre 2014 et 2016, puis de 1,1 % par an entre 2017 et 2019, *graphique 3*). En psychiatrie (PSY) et soins de suite et de réadaptation (SSR), les volumes de soins baissent de façon continue depuis 2016 (respectivement -2,7 % et -1,4 % par an entre 2016 et 2019). Cette baisse des volumes s'amplifie en 2020 (-15,6 % en PSY et -12,6 % en SSR).

Graphique 2 Évolution en valeur de la consommation de soins hospitaliers dans le secteur public et ses principaux déterminants



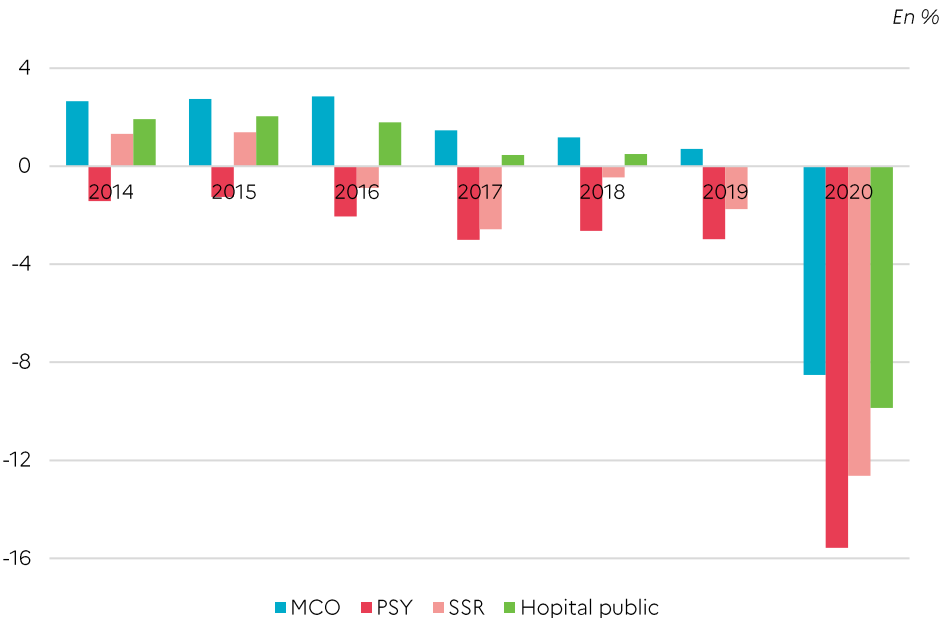
Note > Le poste « Autres facteurs » regroupe la consommation de capital fixe et les impôts nets des subventions à la production.

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.

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

Graphique 3 Évolution du volume par domaine d'activité dans les soins hospitaliers publics



Source > DREES, comptes de la santé.

Une baisse des soins hospitaliers privés

Dans le secteur privé, la baisse des dépenses touche pratiquement tous les secteurs d'activité, à l'exception de la HAD et des dépenses de médicaments en sus (*tableau 2*). Les dépenses baissent de 5,7 % en MCO en 2020, de 8,0 % en SSR, et de 2,6 % en PSY, tandis que les honoraires perçus par les praticiens exerçant en cliniques reculent de 8,6 %. Seule la HAD reste en progression en 2020 (+0,2 %), ainsi que les dépenses des médicaments de la liste en sus (+14,7 % en 2020), compte tenu du dynamisme des prescriptions de médicaments anti-cancéreux pris en charge à 100 % par l'Assurance maladie.

Enfin, les dotations, versées par l'Assurance maladie sous réserve de réalisations d'objectifs

(MIGAC, IFAQ et coefficient prudentiel) ont fortement progressé en 2020. Elles passent de 0,3 milliard d'euros en 2019 à 1,1 milliard en 2020. De fait, l'Assurance maladie a financé à travers ces dotations une partie du surcoût engendré par la prise en charge des patients atteints de la Covid-19¹.

Pour la dixième année consécutive, les prix des soins en clinique baissent (-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)..

Tableau 2 Décomposition de la dépense des soins hospitaliers dans le secteur privé en 2019 et 2020

	2019 (en millions d'euros)	2020 (en millions d'euros)	Répartition en 2020 (en %)	Évolution 2019/2020 (en %)
MCO	8 300	7 827	35,8	-5,7
PSY	840	819	3,7	-2,6
SSR	2 438	2 242	10,3	-8,0
Hospitalisation à domicile	654	655	3,0	0,2
Médicaments en sus	494	566	2,6	14,7
Dispositifs médicaux en sus	954	864	4,0	-9,4
Forfaits et assimilés*	1 683	1 615	7,4	-4,1
Dotations**	322	1 128	5,2	250,8
Honoraires	6 732	6 156	28,1	-8,6
Secteur privé	22 416	21 872	100,0	-2,4

* forfait activités isolés, forfait annuel prélèvements d'organes, forfait urgences, dialyse, forfait journalier, forfait CSS, forfait IVG et forfait établissements situés à l'étranger.

** MIGAC, IFAQ et coefficient prudentiel, hors subventions versées au titre de la garantie de financement.

Champ > France.

Source > DREES, comptes de la santé.

Une hausse du financement pris en charge par l'Assurance maladie

La Sécurité sociale est le principal financeur des soins hospitaliers (*tableau 3*). Elle prend en charge 93,9 % de la dépense de soins hospitaliers publics et 88,9 % de celle du secteur privé. Cette part a fortement progressé en 2020 : elle augmente de 1,3 point dans le secteur public et de 0,4 point pour le secteur privé.

La progression du financement par la Sécurité sociale est liée à la hausse des dotations versées

aux secteurs hospitaliers publics et privés 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 % pour l'État (AME et CSS versée par les organismes de base).

Le reste à charge des ménages représente, en 2020, 0,7 % de la dépense pour les soins hospitaliers public et 4,0 % dans le secteur privé. Cette part est stable pour le secteur privé et baisse de 0,6 point en 2020 dans le secteur public. ■

¹ Ces dotations n'incluent pas les montants versés au titre de la garantie de financement.

Tableau 3 Répartition des dépenses de soins hospitaliers publics par financeur en 2020

En millions d'euros

	Secteur public			Secteur privé		
	Dépenses	Part en 2020 (en %)	Part en 2019 (en %)	Dépenses	Part en 2020 (en %)	Part en 2019 (en %)
Sécurité sociale	73 888	93,9	92,6	19 450	88,9	88,5
État, CSS organismes de base	959	1,2	1,4	196	0,9	0,9
Organismes complémentaires	3 273	4,2	4,7	1 353	6,2	6,5
Ménages	545	0,7	1,3	873	4,0	4,0
Ensemble	78 664	100,0	100,0	21 872	100,0	100,0

Champ > France.**Source** > DREES, comptes de la santé.**Pour en savoir plus**

- > **Naouri, D.** (2021, septembre). En 2020, le nombre de séjours hospitaliers hors Covid-19 a diminué de 13 % par rapport à 2019. DREES, *Études et Résultats*, 1204.
- > **Commission des comptes de la Sécurité sociale** (2021, juin). *Les comptes de la Sécurité sociale, résultats 2020, prévisions 2021*.
- > **Toutlemonde, F. (dir.)** (2021, juillet). *Les établissements de santé – édition 2021*. Paris, France : DREES, coll. Panoramas de la DREES-Santé.
- > Dans ce même ouvrage, voir annexe 2 « La méthodologie des comptes de la santé »
- > <https://www.atih.sante.fr/statistiques-en-ligne> pour les extractions de données hospitalières.