

772 M€ ont été remboursés aux cliniques privées en 2017, en baisse de 1,9 % par rapport à 2016. Ces dépenses regroupent trois principaux postes : les soins de médecine, chirurgie, obstétrique (MCO) (636 M€), les soins de suite et de réadaptation (SSR) (105 M€) et la psychiatrie (21 M€). S'ajoutent d'autres dépenses à hauteur de 10 M€. Les remboursements en cliniques privées sont en baisse de 2,3 % sur le champ de MCO et de 1,4 % sur le champ des SSR mais en légère hausse de 1,1 % pour la psychiatrie.

CHIFFRES ESSENTIELS

Dépenses champ MCO :
636 M€ en baisse de 2,3 %

54 % de dépenses de soins en MCO concernaient des consommateurs ayant plus de 65 ans

Dépenses de soins de suite et de réadaptation :
105 M€ (-1,4 %)

Dépenses en psychiatrie : **21 M€ (+1,1 %)**

■ L'ESSENTIEL DES DÉPENSES DES CLINIQUES SUR LE CHAMP MCO

En 2017, les remboursements s'élèvent à 772 M€, en baisse de 1,9 % après une augmentation de 3,3 % en 2016. Ces dépenses recoupent trois postes : les dépenses des activités de médecine, chirurgie et obstétrique (MCO), les soins de suite et de réadaptation (SSR) : 105 M€, et la psychiatrie : 21 M€. Les autres dépenses concernent les dépenses liées aux forfaits, aux missions d'intérêt général et d'aides à la contractualisation (MIGAC) et au coefficient prudentiel. On comptabilise par ailleurs 10 M€ d'autres dépenses.

Les dépenses en MCO, qui représentent 82 % du montant total remboursé, diminuent de 2,3 %. Cette diminution s'explique principalement par la baisse des tarifs des séjours de 1,39 %, dans le cadre de la campagne tarifaire des établissements de santé privés en mars 2017. La baisse des dépenses s'explique également par la baisse des dépenses des médicaments facturés en sus des frais de séjours dans le cadre de la mise en place du fonds de financement de l'innovation pharmaceutique en 2017 (FFIP). Le FFIP vise à lisser sur plusieurs années les dépenses de médicaments (médicaments rétrocedés, médicaments sur la liste en sus des frais de séjours). Hors économies liées au FFIP, les dépenses n'avaient diminué que de 0,8 %.

■ DES DÉPENSES EN MCO QUI AUGMENTENT AVEC L'ÂGE

Les dépenses des établissements de soins privés en MCO sont croissantes avec l'âge de l'assuré. Ainsi, plus de la moitié des dépenses des soins en MCO en 2017 concernaient des consommateurs de plus de 65 ans. Les dépenses des assurés âgés entre 70-74 ans (13 % des dépenses totales) contribuent pour près de deux tiers à l'augmentation des dépenses.

La répartition des dépenses par âge est différente selon le statut de l'assuré. Pour les assurés micro-entrepreneurs, qui représentent 13 % des dépenses, celles-ci sont concentrées où la population est la plus jeunes. En effet, 54 % des dépenses concernent des individus ayant moins de 50 ans. *A contrario* chez les non micro-entrepreneurs, 50 % des dépenses sont concentrées chez des individus ayant entre 60 et 80 ans (poids des ALD).

Près de 480 000 assurés ont bénéficié de soins MCO pour une consommation moyenne qui s'établit à 1 329 €.

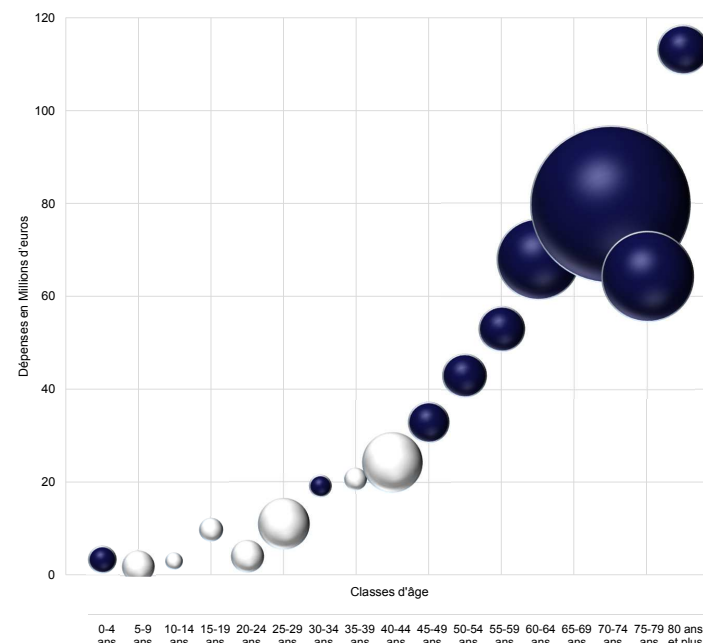
Tableau 1 : dépenses de remboursements de soins en établissements sanitaires privés en 2017

	2017	Évolution 2017/2016	Poids dans les dépenses totales
Champ MCO (frais de séjours, dialyses, HAD, dotations, etc.)	636 M€	-2,3 %	82 %
Soins de suite et réadaptation	105 M€	-1,4 %	14 %
Psychiatrie	21 M€	1,1 %	3 %
Autres postes	10 M€	1,9 %	1 %
Total	772 M€	-1,9 %	100 %

Champ : données comptables.

Source : CNDSSSTI, 2018.

Graphique 1 : dépenses de remboursements de soins en établissements sanitaires privés dans le champ MCO selon l'âge, en 2017



Champ : frais de séjours, HAD, dialyse, liste en sus, hors dotations, données en date de soins à fin mai 2018.

Note de lecture : la taille des bulles est proportionnelle à la contribution de chaque classe d'âge à la croissance des dépenses en 2017. Lorsque la bulle est blanche, la contribution est négative.

Source : CNDSSSTI, 2018.

Tableau 2 : dépenses de remboursements de soins en établissements sanitaires privés MCO, agrégat « frais de séjours », selon la discipline, en 2017

	2017	Évolution 2017/2016	Contribution à la croissance
Chirurgie	270 M€	5,4 %	-51,4 %
Médecine	180 M€	-0,6 %	144,5 %
Obstétrique	14 M€	2,6 %	-9,4 %
Forfaits (environnement hospitalier, technique, etc.)	10 M€	-2,1 %	16,5 %
Total frais de séjours	475 M€	0,7 %	100,0 %

Champ : données en date de soins, vues fin mai 2018, frais de séjours (hors HAD, hors dialyse, hors liste en sus).

Source : CNDSSSTI, 2018.

■ LES AFFECTIONS ET TRAUMATISMES DE L'APPAREIL MUSCULOSQUELETTIQUE REPRÉSENTENT PRÈS DE 20 % DES FRAIS DE SÉJOUR MCO

En 2017, les affections et traumatismes de l'appareil musculosquelettique constitue le premier poste de dépenses : 19 % des frais de séjours, soit 84 M€..

Viennent ensuite les affections du tube digestif puis celles relatives à l'appareil circulatoire qui représentent chacune 15 % des dépenses, soit environ 66 M€.

Avec les séances, ces quatre catégories majeures de diagnostic concentrent 60 % des dépenses.

■ FORTE HAUSSE DES DÉPENSES LIÉES À L'HOSPITALISATION À DOMICILE

Les dépenses liées à l'hospitalisation à domicile (HAD), qui ne représentent qu'un peu plus de 4 % des dépenses MCO, sont particulièrement dynamiques puisqu'elles augmentent de 8 % en 2017 (-1,9 % en 2016) avec une hausse des tarifs de seulement 0,7 %, compensée par l'augmentation du nombre de consommateurs en HAD de 12 %. Dans la mesure où la rémunération des activités d'un établissement repose sur le paiement d'un forfait (appelé groupe homogène de tarif – GHT) pour chaque journée où le patient est hospitalisé, la croissance de ce poste résulte de l'augmentation du nombre de journées facturées.

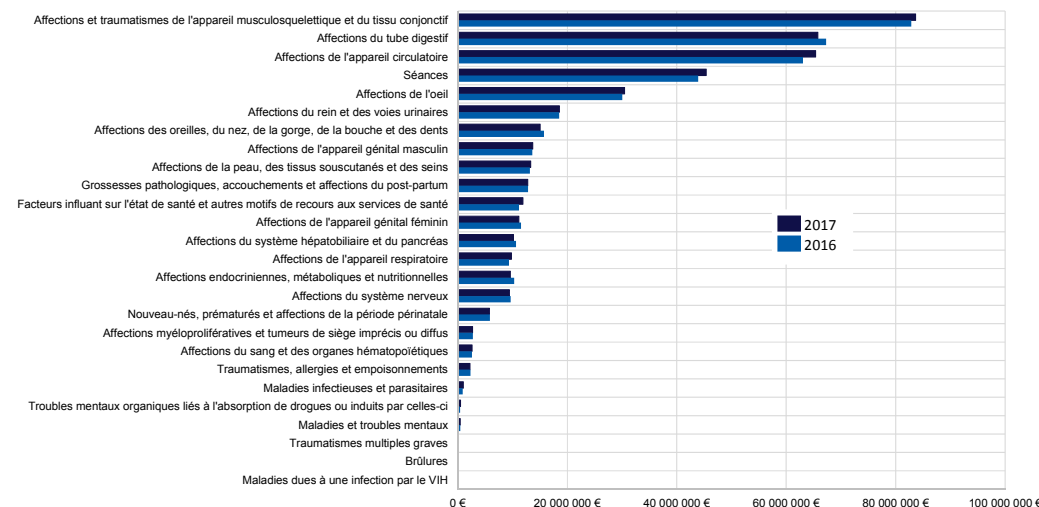
■ BAISSÉ DES DÉPENSES DE SSR SUIVE À LA RÉFORME

Les dépenses relatives aux soins de suite et de réadaptation diminuent de 1,4 % (après +3,3 % en 2016). Cette baisse résulte notamment de la réforme de la tarification qui a minoré la part des séjours facturés. Les dépenses relatives aux séjours de rééducation fonctionnelle et de réadaptation, qui représentent un peu plus de 61 % des dépenses, ont diminué de 3 % en 2017 (après une forte accélération de 7,1 % en 2015). Les soins de convalescence, qui représentent un peu moins de 30 % du montant total remboursé, ont fortement diminué en 2017 : -7 %. Le reste de la dépense (10 %) concerne principalement la prise en charge des maladies à évolution prolongées, les cures thermales, la prise en charge de la tuberculose et des maladies respiratoires. Au total, plus de 19 000 patients ont bénéficié de soins SSR pour une dépense remboursée moyenne de 5 224 €.

■ DES DÉPENSES DE PSYCHIATRIE EN LÉGÈRE HAUSSE

Les dépenses de psychiatrie augmentent de 1,1 % (+3,2 % en 2016) malgré la baisse des tarifs de 2,4 %. Les dépenses de psychiatrie générale (prise en charge des adultes), qui représentent 86 % des dépenses, évoluent fortement : +10 %. Dans le même temps, les dépenses de psychiatrie infanto-juvénile marquent une progression encore plus importante : +17 % en 2017. Enfin, les dépenses pour psychiatrie lourde, qui concernent principalement les personnes âgées, augmentent fortement : +13 %. Près de 4 200 personnes ont été prises en charge pour une consommation moyenne de 5 228 € en 2017.

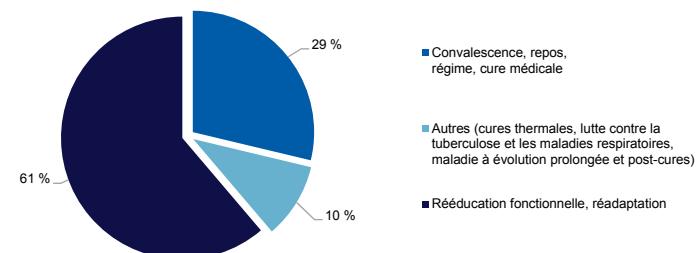
Graphique 2 : dépenses de remboursements de soins en établissements sanitaires privés dans le champ MCO, agrégat « frais de séjours », en 2017 ventilation selon la catégorie majeure de diagnostic (CMD)



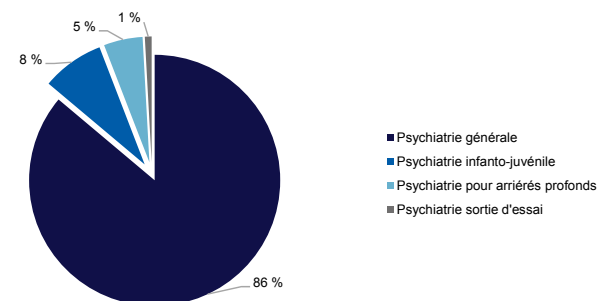
Champ : dates de soins, fin mai 2018.
Source : CNDSSSTI, 2018.

Graphiques 3 et 4 : décomposition des dépenses de SSR et de psychiatrie en 2017

Soins de suite et de réadaptation



Psychiatrie



Champ : dates de soins, fin mai 2018.
Source : CNDSSSTI, 2018.