

L'ACTUALITE EN QUELQUES CHIFFRES

LES REMBOURSEMENTS DE SOINS DU REGIME GENERAL EN 2018

À noter :

Les évolutions des remboursements de soins évoquées dans ce communiqué - que ce soit depuis le 1^{er} janvier de l'année en cours ou sur les douze derniers mois - sont calculées par rapport à des périodes comparables ayant un an d'antériorité.

Elles sont établies à partir des données de remboursements de soins corrigées des variations saisonnières et calendaires (CVS-CJO).

Cependant, le forfait patientèle médecin traitant - FPMT, mis en place par la convention médicale de 2016, a remplacé depuis le 1^{er} janvier 2018, différentes rémunérations forfaitaires versées jusqu'à présent aux médecins qui ne dépendaient pas directement des actes de soins remboursés : les majorations pour personnes âgées - MPA, le forfait médecin traitant - FMT et la rémunération médecin traitant - RMT.

D'autre part, la convention médicale a aussi modifié la Rémunération sur objectifs de santé publique (Rosp) des médecins avec en particulier la création du forfait structure.

Par soucis de cohérence, les évolutions CVS-CJO entre les périodes considérées de 2017 et 2018 commentées ci-dessous et le tableau 1 de ce communiqué sont établis hors Rosp, FPMT, forfait structure, MPA, FMT et RMT.

Les remboursements et les évolutions « bruts », y compris l'ensemble des versements forfaitaires, sont notifiés dans le tableau 2 afin d'appréhender le niveau global des décaissements du Régime Général.

En 2018, les remboursements de soins du régime général ont progressé de +2,2%, et de +2,7% pour les remboursements de soins de ville. Pour rappel, cette évolution n'est pas le résultat de l'évolution de l'Ondam compte tenu des écarts entre ces deux notions (cf. encadré). En données brutes, l'évolution annuelle est de +2,4% pour le total des remboursements du régime général et +3,2% pour les remboursements de soins de ville.

En données corrigées des variations calendaires, l'année 2018 (+2,7%) signe le retour à une évolution plus modérée, comparable à celle de 2016 (+2,7%), après une année 2017 (+3,2%) notamment marquée par la mise en place de la convention médicale de 2016. La progression des remboursements de soins de ville en 2018 est principalement soutenue par :

- Une légère décélération des remboursements d'honoraires médicaux et dentaire ;
- Une augmentation soutenue, mais comparable aux années précédentes, des remboursements d'indemnités journalières et de soins d'auxiliaires médicaux ;
- Une décélération des transports, de la biologie et des produits de la liste des produits et prestations (LPP) ;
- Une forte accélération des remboursements de médicaments délivrés en officine compensée par une très forte décélération de la rétrocession hospitalière. Globalement, l'évolution du poste médicaments est plus faible en 2017 pour revenir à une évolution similaire à celle de 2016.

L'analyse plus détaillée des postes de dépenses fait apparaître les évolutions suivantes :

En données corrigées des variations calendaires, les remboursements de soins de médecins et dentistes progressent de +3,3% en 2018 (après +3,6% en 2017 et +2,7% en 2016).

- Les remboursements de médecine générale augmentent de +2,9% (+3,6% en 2017 et +1,4% en 2016). Cette augmentation résulte de l'effet report de 2017 sur 2018 de l'augmentation du tarif de la consultation de 23 à 25 euros à partir de mai 2017.
- L'évolution des remboursements des soins de médecine spécialisée s'établit à +3,5% en 2018, contre +3,6% en 2017 et +3,3% en 2016. A l'instar des généralistes, cette évolution est portée par l'augmentation des consultations (+4,2%) car les actes techniques, qui représentent presque 70% des remboursements de soins des spécialistes, décélèrent en 2018 (+3,1% en 2018 après +3,6% en 2017 et +3,4% en 2016) ;
- Les remboursements de soins dentaires progressent de +0,6% en 2018 (+2,1% en 2017 et +1,6% en 2016).

Au sein des soins d'auxiliaires médicaux, dont les remboursements augmentent de +4,2% en 2018 (4,3% en 2017 et 2016), les soins infirmiers évoluent un peu plus fortement en 2018 en raison de la mise en place de la convention infirmier au second semestre de l'année (+4,7% en 2018 contre +4,5% en 2017, +4,7% en 2016). *A contrario*, les remboursements de soins de masso-kinésithérapie ralentissent assez fortement en 2018 (+2,9% en 2018 après +3,8% en 2017 et +3,6% en 2016).

Les remboursements d'analyses biologiques sont en recul en 2018 (-0,5% en 2018 après +1,3% en 2017 et +2,0% en 2016). Cette baisse résulte notamment de l'augmentation de l'activité des laboratoires durant l'été 2017.

Les remboursements de produits de santé (médicaments et produits de la LPP), aboutissent à une progression inférieure à celle de 2017 mais équivalente à celle de 2016 (+1,2% en 2018 après +2,3% en 2017 et +1,3% en 2016).

Concernant le secteur du médicament, l'année 2018 est marquée par une forte accélération des remboursements de médicaments délivrés en officine (+3,1%) compensée par une très forte décélération de la rétrocession hospitalière (-15,1%). Le changement de circuit de délivrance pour de nombreux médicaments en 2018, notamment pour les médicaments contre le VHC, de la pharmacie hospitalière à l'officine de ville, explique en grandes parties ces fortes variations. Globalement, l'évolution de médicaments (+0,5%) décélère par rapport à 2017 (+1,7%), année marquée par une forte accélération de la rétrocession, pour revenir à un niveau quasiment équivalent à l'évolution 2016 (+0,4%).

Les remboursements des autres produits de santé, et en particulier ceux de la liste des produits et prestations (LPP) décélèrent fortement en 2018 +3,5% après +5,4% en 2017 et +5,3% en 2016.

Les dépenses de transports sanitaires décélèrent +2,9% en 2018 (+4,5% en 2017 et +4,4% en 2016) notamment sous l'effet du passage des dépenses de transports sanitaires inter-hospitaliers dans l'enveloppe des établissements (Art. 80 de la LFSS pour 2018).

Les remboursements des indemnités journalières restent sur une évolution soutenue en très légère accélération par rapport à 2017 (+4,9% en 2018 contre +4,7% en 2017 et +3,8% en 2016).

L'évolution des versements aux établissements de santé est de +1,8% en 2018. Concernant les soins hospitaliers de court séjour (médecine chirurgie et obstétrique) la progression est de +1,8% pour les établissements publics et de +1,9% pour les établissements privées après +1,1% en 2017 et -0,1% en 2016. A la différence de 2017, la totalité des crédits mis en réserve dont le coefficient prudentiel a été reversée en 2018. Les dépenses liées aux hospitalisations en psychiatrie et en soins de suite et de réadaptation s'accroissent de +2,8% et de +0,9%.

Les versements aux établissements médico-sociaux progressent de +2,3%.

Au total, les dépenses du régime général progressent en 2017 de +2,2% en données corrigées des jours ouvrés et des variations saisonnières.

QUELQUES CHIFFRES SUR LES REMBOURSEMENTS EFFECTUES EN 2018

Régime général - Métropole Tous risques En millions d'euros	Données mensuelles			Données annuelles			
	Données brutes décembre 2018	Taux de croissance décembre 2018 / décembre 2017		Rappel : taux de croissance annuelle CJO à fin novembre 2018 (décembre 2017 - novembre 2018 / décembre 2016 - novembre 2017)	Données brutes janvier 2018 - décembre 2018	Taux de croissance annuelle (janvier 2018 - décembre 2018 / janvier 2017 - décembre 2017)	
		Données brutes	Données CVS-CJO			Données brutes	Données CJO
Soins de ville	6 073	1,7 %	2,1 %	3,0 %	73 370	3,2 %	2,7 %
Honoraires médicaux et dentaires	1 579	0,6 %	0,5 %	3,8 %	19 586	3,7 %	3,3 %
<i>dont généralistes</i>	427	-2,8 %	-2,9 %	3,9 %	5 301	3,3 %	2,9 %
<i>dont spécialistes</i>	815	1,5 %	1,4 %	3,9 %	10 282	3,9 %	3,5 %
<i>dont dentistes</i>	237	0,3 %	0,3 %	0,9 %	2 833	1,0 %	0,6 %
Auxiliaires médicaux	881	9,1 %	9,1 %	3,9 %	10 064	4,6 %	4,2 %
<i>dont masseurs-kinésithérapeutes</i>	329	10,3 %	10,0 %	2,8 %	3 431	3,4 %	2,9 %
<i>dont infirmiers</i>	466	8,6 %	8,7 %	4,3 %	5 869	5,1 %	4,7 %
Laboratoires (analyses médicales)	223	-6,7 %	-6,5 %	0,7 %	2 914	-0,2 %	-0,5 %
Transports	317	0,4 %	0,3 %	3,3 %	3 887	3,3 %	2,9 %
Autres soins de ville	16	-1,8 %	-3,8 %	4,2 %	314	8,1 %	8,1 %
Indemnités journalières	886	4,0 %	4,2 %	5,0 %	10 796	5,2 %	4,9 %
Médicaments	1 672	-1,6 %	-0,1 %	0,8 %	19 973	1,0 %	0,5 %
<i>dont médicaments délivrés en ville</i>	1 475	2,8 %	3,0 %	3,0 %	17 626	3,6 %	3,1 %
<i>dont médicaments rétrocedés</i>	197	-25,6 %	-20,1 %	-13,2 %	2 347	-14,9 %	-15,1 %
LPP (dont dispositifs médicaux)	499	5,2 %	5,2 %	3,7 %	5 835	3,8 %	3,5 %
Etablissements sanitaires	6 353	4,6 %	4,9 %	1,5 %	66 732	1,7 %	1,8 %
Etablissements sanitaires publics	5 304	4,1 %	4,4 %	1,5 %	55 027	1,6 %	1,7 %
Etablissements sanitaires privés	1 049	7,6 %	7,5 %	1,5 %	11 705	2,6 %	2,1 %
Etablissements médico-sociaux	1 847	3,9 %	5,0 %	2,8 %	18 891	2,3 %	2,3 %
Contribution au Fonds d'intervention régionale (hors permanence des soins ambulatoires et en cliniques)	220	0,2 %	0,2 %	0,1 %	2 633	0,1 %	0,1 %
Total des dépenses	14 493	3,2 %	3,6 %	2,3 %	161 626	2,4 %	2,2 %

Régime général - Métropole Tous risques En millions d'euros*	Données mensuelles		Données annuelles	
	Données brutes décembre 2018	Taux de croissance décembre 2018 / décembre 2017	Données brutes janvier 2018 - décembre 2018	Taux de croissance annuelle (janvier 2018 - décembre 2018 / janvier 2017 - décembre 2017)
		Données brutes		Données brutes
Soins de ville*	6 081	1,2 %	74 357	2,9 %
Honoraires médicaux et dentaires*	1 587	-1,0 %	20 428	2,8 %
<i>dont généralistes*</i>	430	-8,0 %	6 069	0,2 %
<i>dont RMT/FMT/MPA</i>	3	n.s	52	n.s
<i>dont Resp, FPMT, forfait structure</i>	0	n.s	715	n.s
<i>dont spécialistes*</i>	819	1,5 %	10 341	3,9 %
<i>dont RMT/FMT/MPA</i>	4	n.s	20	n.s
<i>dont Resp, FPMT, forfait structure</i>	0	n.s	39	n.s
Total des dépenses*	14 501	3,0 %	162 613	2,3 %

* : remboursements de soins pour lesquels le suivi YC MPA, RMT, FMT, ROSP, FPMT et forfait structure a un impact

n.s : non significatif

Ecart entre les données de remboursement et le suivi de l'Ondam

Les données présentées ici sont des données en date de remboursement (DTR). Elles sont diffusées régulièrement compte tenu des indications de tendances qu'elles délivrent. Toutefois, **elles ne permettent pas un suivi de la réalisation de l'Objectif National des Dépenses d'Assurance Maladie (Ondam)**, voté chaque année par le Parlement dans le cadre de la Loi de financement de la sécurité sociale (LFSS).

En voici les raisons :

1/ Le périmètre des dépenses suivies n'est pas le même :

- Les données publiées par la Cnam ne concernent que les remboursements de soins des patients du régime général et non pas tous les régimes intégrés à l'Ondam (le régime général représente 86% du total).

- Ces données n'intègrent que les prestations de soins de ville ; les postes de dépenses qui par nature ne se prêtent pas à un suivi infra-annuel viennent en complément pour le suivi de l'Ondam ; il s'agit notamment des postes ne faisant pas partie du bloc prestation (dotations annuelles au fonds des actions conventionnelles (FAC), aides à la télétransmission, prises en charge par l'assurance maladie d'une partie des cotisations sociales des praticiens et auxiliaires médicaux, pour les professionnels de santé conventionnés, remises conventionnelles acquittées par l'industrie pharmaceutique au titre de la clause de sauvegarde).

2/ Pour permettre un suivi au mois le mois, ces **données sont corrigées des jours ouvrés**, contrairement au suivi de l'Ondam.

3/ L'Ondam implique un **suivi de dépenses en droits constatés**, c'est-à-dire avec un rattachement des dépenses à l'exercice selon la date de soins (DTS) et non pas la date de remboursements (DTR) ; un écart peut donc exister qui dépend des mouvements d'accélération ou de décélération ponctuels de la vitesse de liquidation.

4/ De la même manière, certaines rémunérations versées aux professionnels de santé, notamment les Rémunérations sur Objectifs de Santé Publique (Rosp), sont rattachées comptablement à l'exercice précédent. Dans la mesure où ces rémunérations progressent d'une année sur l'autre, il existe donc un écart entre paiement en DTR et paiement en droits constatés.