

## **L'ACTUALITE EN QUELQUES CHIFFRES LES REMBOURSEMENTS DE SOINS DU REGIME GENERAL EN 2017**

A noter :

Les évolutions des remboursements de soins évoquées dans ce communiqué sont calculées par rapport à 2016.

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

***En 2017, les remboursements de soins du régime général ont progressé de +3,1%, et de +3,2% 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 page 4). En données brutes, l'évolution annuelle est de 2,7% pour le total des remboursements du régime général et 2,6% pour les remboursements de soins de ville.***

En données corrigées des variations calendaires, l'augmentation 2017 des remboursements de soins de ville est de 0,6 point plus rapide qu'en 2016 (+3,2% en 2017 contre +2,6% en 2016 et +2,4% en 2015).

L'année 2017 s'inscrit donc en légère accélération par rapport aux deux dernières années de remboursements de soins. Les remboursements de soins de ville en 2017 sont principalement marqués par :

- Une augmentation des remboursements d'honoraires médicaux et dentaire ;
- Une accélération des remboursements de médicaments qu'ils soient délivrés en officine ou rétrocedés ;
- Une augmentation des remboursements d'indemnités journalières ;
- Des évolutions des soins des auxiliaires médicaux, des dispositifs médicaux et des transports sanitaires qui se maintiennent à des niveaux comparables à 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 +3,6% en 2017 (après +2,7% en 2016 et +2,8% en 2015).

- Les remboursements de médecine générale augmentent de +3,6% (+1,6% en 2016 et +1,3% en 2015). Cette accélération résulte 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 +3,6% en 2017, contre +3,1% en 2016 et +3,4% en 2015. Celle-ci est portée par les actes techniques qui représente presque 70% des remboursements de soins des spécialistes et par des mesures tarifaires intervenues sur les consultations des spécialistes dans la convention médicale de 2016.
- Les remboursements de soins dentaires progressent de +2,1% en 2017 (+1,4% en 2016 et +2,7% en 2015).

Au sein des soins d'auxiliaires médicaux, dont les remboursements augmentent de 4,1% en 2017 (+4,2% en 2016 et +4,8% en 2015), les soins infirmiers connaissent l'évolution la plus élevée mais présentent une légère décélération (+4,2% en 2017 contre +4,5% en 2016 et +5,2% en 2015). *A contrario*, les remboursements de soins de masso-kinésithérapie progressent de +3,9% en 2017 soit une légère accélération (+3,6% en 2016 et +3,1% en 2015).

Les laboratoires augmentent un peu plus faiblement en 2017 qu'en 2016 avec une évolution de +1,1% mais largement plus rapidement que les années précédentes (+1,9% en 2016, -0,5% en 2015 et -0,6% en

2014). Cette évolution est marquée par une augmentation de l'activité des laboratoires durant l'été 2017 suite à une augmentation des volumes des dosages sanguins de la thyroïdostimuline (TSH) dans le cadre du changement de conditionnement du Lévothyrox.

Les remboursements de produits de santé, médicaments et produits de la LPP, aboutissent à une progression assez élevée de +2,3% en 2017 après deux années de plus faible croissance (+1,3% en 2016 et +1,2% en 2015). Cette dynamique résulte aussi bien d'une augmentation des remboursements des médicaments délivrés en ville (+0,7% en 2017 contre -0,1% en 2016 et -0,5% en 2015) que de la rétrocession hospitalière (+7,2% en 2017 contre +2,6% en 2016 et +4,7% en 2015).

Les remboursements des autres produits de santé, et en particulier ceux de la liste des produits et prestations restent dans la même dynamique que l'année précédente avec une évolution de +5,1% en 2017 (+5,2% en 2016 et +5,7% en 2015).

Les dépenses de transports sanitaires restent elles aussi sur le même niveau qu'en 2016 avec une évolution de +4,5% en 2017 (+4,3% en 2016 et +3,6% en 2015).

Les remboursements des indemnités journalières présentent une accélération en 2017 (+4,6% en 2017 contre +3,7% en 2016 et +3,1% en 2015).

L'évolution des versements aux établissements de santé est de +1,2% en 2017. Concernant les soins hospitaliers de court séjour (médecine chirurgie et obstétrique) la progression est de +1,2% pour les établissements publics et de +1,4% pour les établissements privées, dont les tarifs ont baissé en mars 2017 comme en 2016 et en 2015. Les dépenses liées aux hospitalisations en psychiatrie et en soins de suite et de réadaptation s'accroissent de +2,3% et de +0,9%.

Les versements aux établissements médico-sociaux progressent de +10,5%, dont les établissements et services pour personnes âgées progressent de +3,4%. La progression rapide du poste médico-social provient en grande partie d'un changement du financement des dotations de fonctionnement des établissements et service d'aide par le travail (ESAT) à l'Assurance Maladie, voté lors de la loi de financement de la Sécurité sociale pour 2016 et effectif au 1<sup>er</sup> janvier 2017.

Au total, les dépenses du régime général progressent en 2017 de +3,1% en données corrigées des jours ouvrés et des variations saisonnières.

**QUELQUES CHIFFRES SUR LES REMBOURSEMENTS  
EFFECTUES EN 2017**

Régime général - Métropole Tous risques En millions d'euros	Données mensuelles			Données annuelles 2017			
	Données brutes décembre 2017	Taux de croissance décembre 2017 / décembre 2016		Rappel : taux de croissance annuelle CJO à fin novembre 2017 (décembre 2016 - novembre 2017 / décembre 2015 - novembre 2016)	Données brutes janvier 2017 - décembre 2017	Taux de croissance annuelle (janvier 2016 - décembre 2016) / (janvier 2017 - décembre 2017)	
		Données brutes	Données CVS-CJO			Données brutes	Données CJO
<b>Soins de ville</b>	<b>6 008</b>	<b>-2,6 %</b>	<b>5,0 %</b>	<b>2,9 %</b>	<b>72 236</b>	<b>2,6 %</b>	<b>3,2 %</b>
Honoraires médicaux et dentaires	1 604	-2,1 %	6,5 %	3,1 %	19 881	2,7 %	3,6 %
<i>dont généralistes</i>	467	-0,2 %	6,9 %	3,0 %	6 060	2,7 %	3,6 %
<i>dont spécialistes</i>	807	-2,7 %	6,9 %	3,2 %	9 949	2,6 %	3,6 %
<i>dont dentistes</i>	236	-4,7 %	3,7 %	1,6 %	2 804	1,3 %	2,1 %
Auxiliaires médicaux	807	0,2 %	6,4 %	3,8 %	9 621	3,8 %	4,1 %
<i>dont masseurs-kinésithérapeutes</i>	298	0,8 %	10,5 %	3,1 %	3 318	3,0 %	3,9 %
<i>dont infirmiers</i>	429	-1,0 %	3,0 %	4,3 %	5 583	4,3 %	4,2 %
Laboratoires	239	-1,6 %	7,1 %	-0,0 %	2 919	0,3 %	1,1 %
Transports	316	-3,5 %	4,4 %	4,4 %	3 763	3,7 %	4,5 %
Autres soins de ville	17	-40,5 %	-32,2 %	-6,0 %	291	-6,8 %	-6,9 %
Indemnités journalières	852	-1,9 %	5,0 %	4,3 %	10 259	4,0 %	4,6 %
Médicaments	1 700	-4,5 %	3,1 %	1,2 %	19 882	1,1 %	1,5 %
<i>dont médicaments délivrés en ville</i>	1 434	-4,4 %	3,7 %	0,3 %	17 124	0,3 %	0,7 %
<i>dont médicaments rétrocedés</i>	265	-4,9 %	-0,7 %	7,3 %	2 758	6,6 %	7,2 %
LPP	474	-0,5 %	5,7 %	5,1 %	5 619	4,6 %	5,1 %
<b>Etablissements sanitaires</b>	<b>6 072</b>	<b>1,2 %</b>	<b>2,5 %</b>	<b>1,2 %</b>	<b>65 588</b>	<b>0,9 %</b>	<b>1,2 %</b>
Etablissements sanitaires publics	5 097	2,9 %	2,9 %	1,2 %	54 181	1,1 %	1,2 %
Etablissements sanitaires privés	975	-7,0 %	0,6 %	1,2 %	11 408	0,4 %	1,4 %
<b>Etablissements médico-sociaux</b>	<b>1 778</b>	<b>9,2 %</b>	<b>11,3 %</b>	<b>9,6 %</b>	<b>18 465</b>	<b>10,5 %</b>	<b>10,5 %</b>
<b>Contribution au Fonds d'intervention régionale (hors permanence des soins ambulatoires et en cliniques)</b>	<b>220</b>	<b>0,2 %</b>	<b>0,2 %</b>	<b>-0,1 %</b>	<b>2 632</b>	<b>-0,1 %</b>	<b>-0,1 %</b>
<b>Total des dépenses</b>	<b>14 077</b>	<b>0,5 %</b>	<b>4,4 %</b>	<b>2,8 %</b>	<b>158 921</b>	<b>2,7 %</b>	<b>3,1 %</b>

### **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.